

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Rapport

MISSION DE MEDIATION ET PROPOSITIONS D'ADAPTATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

Remis à
Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Par le

Docteur Jean-Yves GRALL
Conseiller Général des Etablissements de Santé

Août 2007

SOMMAIRE

RESUME

La permanence des soins (PDS), définie en 2003, doit être appréhendée dans un contexte d'évolution défavorable de la démographie médicale, mais surtout d'une mauvaise répartition des médecins sur le territoire avec un double gradient : nord/sud, rural/urbain. Les changements sociétaux que ce soit pour les médecins (féminisation, effet « RTT ») ou pour la population en général, expliquent les nécessaires adaptations de l'exercice professionnel.
Les évaluations de la PDS effectuées dans plusieurs rapports en 2006 et 2007, font apparaître des difficultés récurrentes. A cet effet, cette mission poursuit un objectif de médiation dans les départements en difficulté quant à la mise en place de la PDS et formule des propositions d'adaptation du dispositif sur la base des constats effectués sur le terrain.

La médiation a été de fait peu opérante car structurellement impossible et a permis de constater :
« Trouver un médecin » devient un sujet d'inquiétude et les difficultés d'accès quel qu'en soit le motif, de soins ou administratif, suscitent l'incompréhension de la population et de ses élus, associée à une tension certaine chez les représentants de l'Etat, responsables de l'organisation de la PDS.
En effet la dichotomie entre les préfets, responsables du dispositif sans avoir prise sur le financement et l'assurance maladie, qui répartit les ressources financières, ne permet pas de garantir la fiabilité ou la pérennité du système, dans un contexte de jeux d'acteurs, favorisé par le fait que la PDS est effectuée par les médecins sur la base du volontariat, avec des conseils départementaux de l'ordre des médecins dont l'implication, bien que potentiellement déterminante, est inégale.
La PDS se révèle en fait globalement peu fiable, fragile et coûteuse. Le désengagement progressif des médecins libéraux est le témoin de la fragilité à court terme et de l'absence de pérennité du dispositif actuel. Le fonctionnement de la régulation médicale, socle du dispositif, est menacé ; en seconde partie de nuit la tendance marquée est au report de la PDS sur les centres hospitaliers. En première partie de nuit, même si l'exercice en maisons médicales de garde se développe, la réponse effective se révèle en réalité aléatoire. Cet aléa crée le doute à la régulation et in fine dans la population. Ceci induit une orientation ou un recours spontané vers les structures d'urgences, dont on observe l'accroissement continu de l'activité dans les services d'urgence ou au niveau des SMUR.Une augmentation de l'activité des SDIS depuis 2003 est également relevée.
Enfin les dépenses de PDS croissent sans cesse pour atteindre hors transports un coût 2006 de l'ordre de 370 M€.

Les préconisations ont un unique objectif : un dispositif pérenne, efficient, fiable et lisible permettant de répondre de façon adaptée à la demande non programmée de soins ou d'avis médical de la population sur l'ensemble du territoire. Le constat effectué rend nécessaire un changement de paradigme, car il ne semble plus l'heure d'entamer un « replâtrage » du système actuel mais il paraît nécessaire d'envisager une approche nouvelle, cohérente et structurelle,
selon cinq principes :

1. Remettre le patient au premier plan de même que la notion de service à la population :
2. Bâtir un dispositif économe en temps médical
3. Laisser l'initiative et des marges d'adaptation au niveau régional et départemental
4. Considérer l'efficience et ajuster le coût pour la collectivité
5. Préparer l'avenir

déclinés en sept axes stratégiques qui ont pour dénominateur commun une exigence de cohérence

1. Redéfinir les missions et clarifier la sémantique : passer de l'étiquette à la fonction et regrouper la réponse adaptée à la demande de soins ou d'avis médical non programmés sous l'appellation unique d'Aide Médicale Permanente à la Population : AMPP
2. Mettre en place un dispositif institutionnel et un financement cohérents
3. Décliner une organisation homogène, lisible et décloisonnée, assurant la synergie de tous les acteurs : un volet SROS de l'AMPP définissant (outre l'implantation des structures d'urgences et des SMUR), la régulation médicale, socle du dispositif, des points fixes de consultation de médecine générale type MMG et des effecteurs mobiles sur des territoires définis. La sectorisation telle que définie actuellement disparaîtrait.
4. Favoriser le volontariat et la pérennité du dispositif par un véritable contrat de volontariat
5. Adapter les formations, en réorientant la formation médicale initiale, en améliorant la formation des PARM
6. Informer et responsabiliser la population : seul un dispositif fiable, pérenne et donc lisible peut permettre une indispensable communication sur la base d'un cadre national adapté localement
7. Evaluer périodiquement l'efficacité du dispositif dans le cadre des CODAMPP

INTRODUCTION

Devant les difficultés croissantes rencontrées par de nombreux départements dans l'organisation de la permanence des soins ambulatoire, M Philippe Bas, ministre de la santé et de solidarités, a demandé que le docteur Jean Yves Grall, conseiller général des établissements de santé, conduise d'une part une mission de médiation dans les départements pour lesquels les difficultés apparaissaient les plus importantes, et que d'autre part, sur la base des constats effectués, il formule toute proposition utile pour améliorer le dispositif et justifier au besoin des modifications réglementaires ou législatives. Cette mission a pour objectif d'apprécier le fonctionnement réel de la PDS à travers les expériences de terrain recueillies auprès des institutionnels, des professionnels, de la population et ses élus.

Cette mission s'intègre <u>dans un contexte</u> en permanente évolution, qui impacte l'appréciation, le fonctionnement et la pérennité du service rendu à la population.

La permanence des soins (PDS) ambulatoire, a été définie en 2003 au décours des grèves de garde des médecins généralistes libéraux de 2001-2002 à partir des travaux de la commission confiée au sénateur Descours. Des aménagements réglementaires et législatifs ont été réalisés en 2005 et 2006. La PDS ambulatoire revêt le caractère d'une mission de service public assurée par des médecins libéraux sur la base du volontariat, durant les heures de fermeture des cabinets médicaux soit de 20h à 8h en semaine et du samedi 12 h au lundi 8h.Cette PDS est organisée au niveau départemental sous l'autorité du préfet, après avis du comité départemental d'aide médicale urgente et de permanence des soins CODAMUPS, sous la forme de secteurs géographiques dans lesquels il existe un médecin d'astreinte. Son accès est régulé préalablement par le centre 15 ou une plate-forme de régulation libérale ayant passé convention et interconnectée avec le Centre 15.Une liste de médecins d'astreinte est établie et en l'absence de volontaire et après avis du conseil départemental de l'ordre, le préfet peut procéder aux réquisitions nécessaires. Des financements spécifiques pour la PDS ont été prévus dans le cadre conventionnel avec l'assurance maladie : le paiement d'un forfait d'astreinte par secteur : 150 euros de 20h à 8h, 50 euros de 20hà 0h, des rémunérations horaires de 3C pour la régulation libérale et des majorations pour les actes réalisés après régulation. Des financements supplémentaires ont été affectés via le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la dotation des réseaux (DDR).

L'évaluation à court terme de ce dispositif a été abordée dans cinq rapports publiés en 2006 et 2007 et les constats effectués sont concordants :

1. **Une mission conjointe IGAS/IGA (mars 2006)** concluait à la non-fiabilité du dispositif de PDS, à une efficience non assurée, ceci dans un contexte de pilotage trop complexe et de financement éclaté.

2. **Un rapport sur les maisons médicales de garde (MMG) (juillet 2006)** montrait la pertinence de ce mode de réalisation de la PDS qui permet notamment de ré impliquer les médecins libéraux dans la PDS, une meilleure prise en charge de la filière des soins non programmés en déchargeant les services d'urgence hospitaliers, de contribuer à une re médicalisation des zones rurales. Les préconisations ont été reprises par une circulaire spécifique en 2007.

3. **Le rapport annuel de la Cour des Comptes publié (janvier 2007)** traitait de la prise en charge des urgences et soulignait vis à vis de la PDS l'insuffisante coopération des acteurs en général et la difficile articulation entre la ville et l'hôpital, un système d'orientation des patients déficient et un besoin impératif d'une information de la population.

4. **Le rapport d'évaluation du plan urgences (février 2007)** notait une augmentation constante des passages dans les services d'urgences de l'ordre de 3,5% en 2005 et constatait le désengagement de la médecine libérale notamment en seconde partie de nuit avec le déport de la PDS vers les centres hospitaliers. Il soulignait l'augmentation du nombre de MMG, qui devient un mode croissant de réalisation de la PDS.Néanmoins le fonctionnement de la PDS se révélait aléatoire et non fiable. Hormis dans neuf cas, les départements disposaient tous d'une activité de régulation dite « libérale » spécifique.

5. **Le rapport parlementaire sur les urgences médicales (février 2006)** soulignait que l'efficacité du nouveau dispositif de PDS était inégale sur le terrain et mettait en évidence les insuffisances du volontariat. Ceci aboutissait à une réalité très contrastée de l'astreinte médicale et à la réalisation de réquisitions par les préfets. Ainsi le rapport soulignait que les modalités de régulation et d'effection des actes n'étaient pas satisfaisantes dans de nombreux départements. Les parlementaires soulignent également que les difficultés rencontrées sont liées à la démographie médicale, au pilotage du dispositif et au manque d'information de la population. Il a également été mis en évidence l'insuffisance de complémentarité entre les différentes offres de soins. Enfin les MMG apparaissaient comme des structures à même de consolider la PDS.

La démographie médicale et la répartition sur le territoire des professionnels influent sur la réalisation de la PDS. Ce n'est pas tant la démographie actuelle qui est inquiétante (en 2005 il n y a jamais eu autant de médecins dans notre pays 340 / 100 000 h et la densité de généralistes est largement supérieure à des pays comme le Canada, les USA ou le Royaume Uni), que l'évolution prévue à moyen terme avec une chute prévue de 9 % entre 2002 et 2025 pour atteindre une densité de 283 / 100 000 h. et ce malgré une remontée du numerus clausus à 7000/an. Il existe un vieillissement préoccupant de la population médicale généraliste dans les régions surtout rurales et de très nombreux départements : par exemple Oise, Ariège, Gers, Aveyron, Orne, Deux-Sèvres, Indre, Yonne, Sarthe…. nourrissent de réelles inquiétudes à brève échéance.
Surtout la répartition obéit à un gradient nord-sud sans lien avec les indicateurs de santé, par exemple la mortalité prématurée en France suit un gradient inverse. Enfin on note une préférence nette des plus jeunes pour un exercice futur dans les zones urbaines.
Néanmoins des aides directes ou indirectes à l'installation en zones déficitaires ont été mises au point et une valorisation de la médecine générale a été réalisée (reconnaissance de la spécialité de médecine générale) ainsi qu'un renforcement de la formation par l'augmentation du nombre d'internes de médecine générale. Il semble encore prématuré d'évaluer les effets réels de ces mesures.

Néanmoins les évolutions sociétales du corps médical obligent à considérer l'exercice médical sous un angle nouveau et adapter les organisations en fonction. En effet on constate une féminisation croissante. Le pourcentage d'étudiantes tend vers 70 % et la moitié des médecins de moins de 40 ans sont des femmes. Les enquêtes publiées par le conseil de l'ordre des médecins montrent un rapport nouveau au travail des jeunes générations et notamment des femmes : aménagement du travail pour la qualité de vie, exercice volontiers mixte (salariat et exercice libéral) et à temps partiel, travail en groupe notamment pour la permanence des soins (maisons médicales de garde) et lieu d'exercice préférentiellement citadin. Il faut souligner l'exercice sous forme de remplaçant régulier en médecine générale particulièrement chez les femmes. Enfin si la notion de rémunération est importante elle n'intervient pas au premier plan des déterminants de l'exercice et le paiement à l'acte n'est pas le mode exclusif envisagé par les plus jeunes.

Le contexte délicat des finances de l'assurance maladie est aussi à souligner avec le dépassement de l'ONDAM 2006 en lien avec la médecine de ville et les recommandations du comité d'alerte pour 2007 aboutissant à l'élaboration d'un plan de redressement.

Cette mission s'est déroulée entre mi-avril et mi-juillet 2007. Ainsi à la demande de plusieurs départements, des rencontres sur site ont pu être réalisées en lien par ailleurs avec les données remontées par questionnaire à la DHOS. Des rencontres institutionnelles avec les différents représentants des professionnels (syndicats, conseil de l'ordre…) des autorités (préfets et DDASS) et institutions (assurance maladie…) ont été organisées.

Ainsi dans un premier temps seront exposés les constats effectués quant au fonctionnement de la permanence des soins à travers la mission de médiation d'une part, et d'autre part les entretiens réalisés et les données déjà relevées concernant la PDS lors des deux autres missions nationales réalisées en 2006 et 2007 sur les « maisons médicales de garde » et l'évaluation du « plan urgences ».
Dans un second temps sur ces bases, des propositions sont faites, afin de permettre l'élaboration de dispositions réglementaires et législatives.

Par ailleurs cette mission et ces conclusions peuvent constituer une étape, au delà de l'évolution même du dispositif de PDS, vers une réflexion ultérieure élargie vers la réponse à une demande d'aide plus globale de la population.

LA PERMANENCE DE SOINS EN 2007
UN DISPOSITIF ALEATOIRE, INSTABLE ET FRAGILE

LE DISPOSITIF DE PERMANENCE DE SOINS EN 2007 CONSTATS ET ANALYSE

Les constats effectués dans le cadre de cette mission rejoignent ceux opérés dans les divers rapports publiés depuis mars 2006 ; ainsi le dispositif apparaît-il peu viable et l'accès aux soins non programmés en ville en péril à moyen terme si des mesures structurelles ne sont pas prises. Il apparaît notamment que les conclusions du rapport IGAS/IGA de mars 2006 « Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins ambulatoire » soulignant le caractère non fiable, peu efficient de la PDS, dont le pilotage était jugé trop complexe et son financement éclaté, sont toujours d'actualité.

I. <u>Une médiation peu opérante car structurellement impossible</u> :

La mission de médiation avait pour philosophie initiale de tenter dans les départements dans lesquels le dispositif de PDS n'apparaissait pas optimal, d'améliorer celui ci en examinant les causes et en faisant référence aux expériences positives mises au point dans d'autres départements.
Peu de demandes effectives d'intervention ont été faites ; cependant deux typologies se dégagent : d'une part celles liées à des adaptations locales, souhaitées par les professionnels, des modalités de financement, qui se révélent non recevables pour les services de l'assurance maladie, ce qui, dans un contexte de volontariat, entraîne des blocages voire un désengagement des médecins les plus motivés, et la mise en péril de la PDS ; d'autre part des difficultés liées à des propositions d'organisation nouvelles (développement de MMG) ne correspondant pas toujours aux habitudes des professionnels

Ainsi cette mission n'a de fait pu objectivement qu'à la marge et de façon conjoncturelle, améliorer la situation, en l'absence de dispositions réglementaires ou de souplesse dans l'application des dispositions existantes La problématique de quelques-uns uns des départements visités peut être sommairement résumée :

<u>En Ille et Vilaine</u> : les médecins généralistes (une centaine) de Saint Malo ne souhaitent plus effectuer de PDS et SOS Médecins est sollicité pour couvrir les quatre secteurs concernés, en lien avec une MMG qui serait créée au centre hospitalier. En effet le désengagement (d'ailleurs déjà largement initié de fait.) de la PDS fait risquer un encombrement majeur du service d'urgences de la ville, alors que cette zone connaît un afflux touristique estival important. De plus des réquisitions sont délicates sur 4 secteurs et sur du long terme. Cette situation justifie le soutien apporté par la DDASS à l'organisation préconisée. « SOS médecins » accepte sa participation moyennant le versement de 4 forfaits d'astreinte, ce que ne peut accepter la CPAM qui sollicite l'échelon national qui émet « des réserves majeures ». Néanmoins un accord spécifique a pu être trouvé, avec l'accord tacite de la CPAM.

<u>En Maine et Loire</u> : une pénurie de médecins régulateurs libéraux est à craindre de même que d'effecteurs, compte tenu de l'absence de financement de l'astreinte du samedi après midi. Ceci met en péril la poursuite de la régulation par les médecins libéraux et met en grande difficulté le Centre 15. Les médecins hospitaliers font part de leur préoccupation au préfet.

<u>Dans l'Oise</u> : dans un contexte de grande difficulté démographique et devant le constat d'une PDS aléatoire et d'un recours important aux structures d'urgence, la DDASS propose aux médecins une organisation basée sur l'installation de points fixes sous forme de MMG, afin d'assurer lisibilité et économie de temps médical.

Dans la Sarthe : des difficultés à l'organisation d'une maison médicale de garde sur la ville du Mans, compte tenu d'un financement FAQSV jugé insuffisant, et l'absence de mise en œuvre du paiement d'une astreinte du samedi après midi menacent la PDS et la régulation libérale, qui dispose déjà d'effectifs faibles. Il est par ailleurs étudié sur le département un système associant MMG et effecteurs mobiles sur le territoire mais sans réelle possibilité réglementaire pour la CPAM. Néanmoins l'URCAM Pays de Loire accepte de revoir sa participation ce qui doit permettre l'ouverture de la MMG.

Dans le Rhône : devant l'absence de visites en maisons de retraite ou EHPAD notamment en seconde partie de nuit, le centre hospitalier de Villefranche tente avec la DDASS de mettre en place un dispositif à partir des urgences du CH. Il s'avère que seul un dispositif de médecins libéraux mobiles disposant d'un cumul partiel des astreintes des 5 secteurs concernés pourrait être accepté par les libéraux ou bien à défaut un dispositif dans le cadre du SMUR, qui, seul permet de faire sortir un médecin hospitalier, mais ceci justifierait qu'un remboursement de l'hôpital soit effectué par l'enveloppe de ville. Dans les deux cas, en l'absence de réglementation, l'assurance maladie ne peut accéder à ces propositions.

Dans les Pyrénées Atlantiques : le problème de participation à la régulation libérale au SAMU de Bayonne et d'effection à Pau entraînent des difficultés. Une césure est importante dans le Pays Basque entre des médecins urbains se reposant sur SOS médecins et des médecins généralistes ruraux peu nombreux isolés volontaires en lien avec un centre 15 embouteillé et sans régulation généraliste.

En Val de Marne : un dispositif associant une régulation généraliste sous statut public au SAMU 94 et des MMG appelées SAMI (service d'aide médicale initiale) et une effection réalisée par des associations départementales régulées par le Centre 15. Une adaptation du financement avec la mise en place d'un financement dégressif (qui préexistait avant l'avenant n°4) non réglementaire est discuté avec l a CPAM et le risque du désengagement de certains médecins est à craindre malgré un investissement fort du CDOM.

Dans l'Yonne : la DDASS propose le développement de MMG basées sur les services d'urgences, hôpitaux locaux ou maisons de retraite, de façon à rendre lisible une PDS très défaillante et aléatoire sur l'ensemble du département hormis les villes d'Auxerre et de Sens dans lesquelles existe SOS médecins.

Au décours des déplacements et des entretiens réalisés il s'avère que les organisations de PDS qui fonctionnent, résultent souvent d'adaptation réglementaire vis à vis du versement des astreintes (Mayenne, Seine-Saint-Denis, Calvados), d'un report organisé vers les centres hospitaliers en seconde partie de nuit, d'un investissement fort du conseil départemental de l'ordre des médecins, d'un civisme médical conservé par des médecins ruraux peu nombreux et âgés et en zone urbaine par la présence de SOS médecins.

II. « Trouver un médecin » devient un sujet de préoccupation largement répandu pour la population

1) L'inquiétude et l'incompréhension de la population et de ses élus sont patentes

Faute d'une information adaptée l'incompréhension de la population surtout en dehors des zones urbaines est patente et la survenue très médiatisée d'accidents malheureux contribue à l'inquiétude générale.
L'impression de ne plus avoir accès aux soins, et en particulier aux médecins, est réelle, mais ce ressenti englobe à la fois la problématique de la démographie médicale, de la permanence des soins, de l'accès au médecin pour des certificats de décès…le tout est aggravé par la mauvaise compréhension du dispositif de la régulation préalable par le centre 15.

Par exemple à la suite du décès d'une patiente dans le Finistère en août 2005,le journal local (Télégramme de Brest) publiera quasiment quotidiennement des témoignages d'incidents du même ordre et des réactions de lecteurs faisant état de leur émotion et de leur inquiétude. Cette médiatisation est telle que chaque conseil municipal du Finistère adoptera, à la demande de la famille, une « motion pour une permanence des soins véritablement au service de la population ».

De nombreux incidents de ce type émaillent les colonnes des journaux, témoignant souvent de l'ignorance de la population dans le mode d'emploi du dispositif faute d'un dispositif fiable, stable et donc lisible ayant permis une information et une communication adaptées. A ceci se surajoutent les articles de la presse nationale ou régionale sur la difficulté de la démographie médicale (ex : Le Monde du 13/07/07) ou sur la rareté des médecins de garde (ex : Le Parisien du 16/06/07).

Les élus sont aussi très sollicités soit par leurs administrés (ainsi les collectivités territoriales tentent-elles d'investir dans des locaux pour accueillir des médecins ou mettre en place des maisons médicales de garde) soit dans l'exercice même de leurs fonctions notamment pour les actes administratifs comme les certificats de décès (il n'est pas rare que soit relaté, comme dans l'Yonne, le parcours du « combattant » de l'élu de garde pour trouver un médecin un dimanche ou un jour férié). On signalera également les difficultés relatées dans les maisons de retraite et EHPAD.
Pour autant les plaintes formalisées sont, outre les cas graves déjà cités, peu nombreuses. Il faut néanmoins se garder de sous-estimer ce qui s'apparente à une sous déclaration, d'ailleurs ce sont les effets indirects qui motivent les plaintes : attente au centre 15 ou dans les structures d'urgence, pharmacie de garde non en adéquation avec la garde médicale…
Le baromètre des services publics BVA- Institut Paul Delouvrier : « les services publics vus par leurs usagers » publié en juin 2007 montre bien d'ailleurs que le domaine de la santé publique est une préoccupation des Français et qu'ils attachent de l'importance à la notion d'attente dans les services d'urgences et à l'accès aux soins.

2) Des représentants de l'Etat désorientés

Les préfets de département, chargés de l'ordre public, de la sécurité et de la protection des populations et à ce titre responsables de la PDS, sont de plus en plus interpellés par les élus mais également par les autres administrations, exemple de la justice ou de la gendarmerie. Les procureurs s'émeuvent parfois officiellement comme à Nantes. Les pompiers se font également l'écho de ces difficultés auprès des conseils généraux. Les représentants des SMUR font régulièrement état de sorties par défaut d'effecteur, par exemple dans les maisons de retraite ou pour la rédaction de certificats de décès. Enfin les services de police ou de gendarmerie, dans l'obligation de se rendre et d'attendre dans les services d'urgences pour des certificats administratifs divers, se sentent dans certains cas exagérément mobilisés.

Les réquisitions prévues en l'absence de tableau de garde rempli ou d'absence du praticien mobilisent les services de la DDASS pour un résultat parfois aléatoire d'autant plus qu'il n'a pas été rare de constater le refus de déférer à la réquisition de la part des médecins. La transmission au procureur devant ces refus de réquisitions est variable et si une suite est parfois donnée, il existe éventuellement condamnation des praticiens ou l'Etat est également parfois débouté devant les tribunaux (ex : Rhône, Finistère..)

Néanmoins devant l'importance de la mobilisation pour les services de la DDASS, voire de la gendarmerie, qu'imposent les réquisitions dans un tel contexte, la tendance est d'éviter ce processus, par ailleurs susceptible de mettre à mal l'autorité de l'Etat.

Si des réquisitions ponctuelles peuvent encore être envisagées par contre un système généralisé et permanent ne peut l'être sur de longues périodes. On peut néanmoins citer en Corrèze une réquisition de 0h à 8h tous les jours depuis 1 an sur un secteur… Le CNOM retrouve en 2006 une pratique de la réquisition dans 42 départements, chiffre identique à celui de 2005.

Tout ceci entraîne l'insatisfaction largement exprimée par nombre de préfets rencontrés mais aussi le découragement des professionnels qui exercent en milieu rural. En effet ceux ci sont les moins nombreux, les plus âgés et les plus occupés par comparaison avec leurs confrères de ville qui n'ont pas les mêmes contraintes, la réquisition leur paraît injuste, car exclusivement faites auprès des seuls médecins du secteur concerné.

3) Une distinction artificielle entre ce qui relève ou non de la PDS, sans lien avec la réalité fonctionnelle

Il sera en effet objecté par certains, qu'on ne peut confondre PDS et actes médico administratifs (constats de décès, hospitalisation sous contrainte, garde à vue….), que les financements ne sont pas les mêmes, que le code de la santé publique est très clair sur ce point, et qu'il faudrait des médecins spécifiquement affectés à chaque fonction…. Il s'avère néanmoins par exemple, comme cela est régulièrement rapporté, lors d'un décès à domicile le dimanche, que cette différence sémantique n'apparaît pas comme primordiale aux yeux de la population et de ses élus, qui ont simplement besoin d'un médecin disponible pour une intervention certes administrative mais surtout humaine.

III. Le pilotage est délicat car structurellement incohérent

1) la dichotomie impossible entre l'Etat et l'assurance maladie

Le préfet de département est l'organisateur, après avis du CODAMUPS, du dispositif de PDS. Néanmoins, il ne dispose pas d'action sur le levier du financement qui dépend de l'assurance maladie dans un cadre conventionnel et extra départemental. Celle ci est logiquement soucieuse du respect et de l'application uniforme sur l'ensemble du territoire des accords conventionnels conclus au plan national. De même le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) était entièrement géré par l'assurance maladie et les partenaires sociaux.
Cette dualité entre un responsable sans levier financier et un financeur sans responsabilité opérationnelle n'est pas de nature à garantir la pérennité ou la fiabilité du dispositif, dans un contexte de volontariat propice dans certains cas à des surenchères mettant en difficulté le préfet et la DDASS.
Il faut signaler le rôle ingrat des DDASS et leur investissement dans un contexte difficile. Pour imager le propos, on peut dire que le préfet et la DDASS ont trop souvent l'impression d'être pris « entre le marteau du volontariat des médecins généralistes et l'enclume de l'assurance maladie ».
Les CPAM et les URCAM sont de leur côté en position délicate, prises en étau entre d'une part les dispositifs conventionnels et les directives nationales, et d'autre part les réalités et pressions locales, avec parfois la surenchère de professionnels, sous tendue par le caractère volontaire de la participation à la PDS… (ex : grève de la régulation libérale en Isère de l'hiver 2005-2006, les médecins libéraux réclamant une rémunération de 4,5C au lieu des 3C/heure conventionnels).

Bien que certaines CPAM s'engagent avec bonne volonté, souvent les adaptations locales, nécessaires aux yeux des professionnels dans le contexte du volontariat et de démographie médicale, buttent sur des refus de principe, mal compris alors que l'économie générale du dispositif est souvent conservée voire que les nouvelles organisations proposées allient efficacité et diminution des dépenses d'astreinte.
Les procédures propres au système conventionnel et à l'assurance maladie peuvent entraîner également des « décalages » quant à l'application de décisions ministérielles et entraîner des mouvements d'incompréhension de la part des professionnels, que les services de l'Etat doivent assumer sur le terrain. On peut citer les menaces de grève de la PDS en 2005 devant le non-paiement des astreintes par les CPAM faute de consigne nationale, les difficultés actuelles liées à l'absence de paiement des astreintes prévues par l'extension de la PDS au samedi après midi (décret du 22 décembre 2006), avec la menace de grève des gardes brandie par le SML en plein juillet 2007 non sans que le sujet ait été évoqué à plusieurs reprises et médiatiquement depuis la parution du décret…

Pour illustrer les menaces sur la PDS et les difficultés engendrées pour le préfet et ses services :

« Le paiement des astreintes des samedis après midis pour les médecins effecteurs, n'est toujours pas d'actualité. De ce fait, depuis le 1er avril 2007,les responsables des secteurs de Cholet, Beaupréau et Segré ont informé le conseil départemental de l'ordre des médecins de l'arrêt de leur participation à la PDS les samedis après midis. Des réquisitions sont faites sur ces trois secteurs depuis cette date et sont toujours en cours actuellement » PV du ss comité médical CODAMUPS Maine et Loire 24 mai 2007.

« Malgré la bonne volonté actuelle des médecins, un mécontentement grandissant est constaté concernant l'absence de financement des gardes du samedi à partir de 12 h En effet un arrêté préfectoral du 28 février 2007 permet l'indemnisation des gardes du samedi à partir de 12h pour les médecins régulés du Jura. Le retard, quant à la signature de l'avenant conventionnel fixant notamment le montant du forfait d'astreinte pour le samedi de 12 h à 20 h, entraîne une démobilisation à court terme des effecteurs et des réquisitions pour cette période non indemnisée » note de la DDASS du Jura juillet 2007

Dans un courrier du 17 juillet 2007, le préfet des Hautes Pyrénées souligne, vis-à-vis de l'affectation des fonds du FAQSV qui subventionnait jusque là la régulation libérale le samedi matin et après midi, et dont la modification a entraîné des difficultés avec les médecins libéraux : *« le décret 2006-1686 du 22 décembre 2006…constitue la solution pérenne à ce problème. Son absence d'application, faute d'avenant à la convention médicale ou d'instruction ad hoc remet en question le bon fonctionnement d'un dispositif satisfaisant. »*

Les modalités de fonctionnement du FAQSV et les remises en cause annuelles de la nature et du montant des financements ont également pu mettre en péril la pérennité des MMG et de fait le dispositif de PDS de certains départements, dans un contexte tendu et là encore médiatique, mettant en difficulté les DDASS. On peut citer les MMG de Lyon, Fougères, Auray, Saint Brieuc,….

Des difficultés ont été créées par l'application stricte de l'avenant n°4, en substitution du FAQSV, quant au maintien de la régulation effectuée dans la journée dans certains centres 15 par des associations de médecins libéraux (Yvelines, Essonne). Cette situation a engendré des risques pour le maintien de cette activité dans un climat de tension qui n'a pu trouver de règlement que par la remise à plat du dispositif et le financement de temps médical hospitalier par l'ARH.
A titre d'exemple, il peut être signalé aussi la difficulté portée sur la quasi-totalité de la PDS des départements du Gers, Tarn, Tarn et Garonne et Aveyron par l'incertitude de la poursuite du financement (budget de 1,6 Millions € en 2006) du dispositif de régulation libérale autonome de l'association ARMEL, par suite de fluctuations des fonds FAQSV.

L'interruption de ce dispositif mis au point exclusivement entre l'URML et l'URCAM en 2004, aboutirait à mettre l'Etat en difficulté quant à l'organisation de la PDS dans les départements cités, l'ARMEL ayant en effet annoncé dans ce cas, la défection de la part de ses adhérents de toute activité de PDS, y compris l'effection.

Les difficultés engendrées sur le terrain par cette dichotomie de pilotage sont encore illustrées par cette note d'une DDASS de juillet 2007 : *« L'URCAM n'a pas toujours été très coopérante, en particulier, elle ne nous a jamais associés à la discussion sur la mise en place des maisons médicales de garde. Elle nous a légué le problème lorsqu'elle a diminué brutalement et sans concertation, le financement de la maison médicale de garde de…. , conduisant à sa fermeture. La CPAM est souvent opposée à toute solution qui permettrait de faire évoluer la permanence des soins. En particulier, au cours des négociations avec les médecins, au niveau du sous comité médical, elle avait accepté le principe du tiers payant afin de faciliter la pratique médicale, puis s'est opposée dans un deuxième temps au motif que ce n'était pas possible réglementairement. »*

Pour autant des dispositifs, qui peuvent donner satisfaction, peuvent se révéler dérogatoires à l'orthodoxie (Mayenne, Calvados, Seine-Saint-Denis…) et des cumuls d'astreinte sont parfois réalisés au bénéfice d'association « SOS Médecins ».

Cependant il faut noter l'évolution du dispositif par la création, en 2007, du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) qui permet, en regroupant la dotation des réseaux et le fonds d'aide à la qualité des soins de ville, un copilotage entre l'Etat représenté par l'ARH et l'assurance maladie dans le cadre des missions régionales de santé MRS.

2) le volontariat

Dans l'état des lieux annuel sur la PDS en janvier 2007 réalisé par le CNOM (par retour de questionnaire de la part des CDOM sur la base des tableaux d'astreinte)*:*
« De façon générale, le pourcentage de volontaires est supérieur à 60% dans 85% des départements, confirmant la légère embellie du volontariat, constatée l'année dernière alors même que ce pourcentage connaît des variations dans 49 départements. Nous sommes donc très loin du discours catastrophiste tenu par certains et l'engagement des médecins généralistes dans la permanence des soins est une réalité incontournable » Néanmoins des nuances sont apportées : *« Il est également difficile de comparer des secteurs ne comportant que 4 ou 5 médecins avec des secteurs de 30 médecins et la situation est aussi différente dans les secteurs assurant la permanence des soins de 20h00 à 24h00 ou toute la nuit Ces nombres d'un maniement difficile traduisent également des évolutions importantes dans les départements.*
Si 51 départements sont restés stables, 23 ont augmenté leur pourcentage de participation et 26 l'ont vu décroître. Les variations à la hausse peuvent être fortes (Loiret, Pas-de-Calais, Manche, …) comme il peut y avoir des baisses importantes du volontariat (Ille-et-Vilaine, Haute-Corse, …)».
Une étude de l'URML d'Ile de France réalisé en mars 2007, sur la base d'un questionnaire adressé à environ 10000 médecins généralistes, (taux de réponse 18,5%) montre que 36% des répondeurs participent à la PDS mais pour un taux de réponse au questionnaire de 18,5%.

Dès lors que la participation des médecins à la PDS s'effectue sur la base du volontariat, il serait légitime que celui-ci soit encouragé et promu. Hélas, il apparaît qu'il est finalement plus facile de ne pas être volontaire que d'assumer parfois avec opiniâtreté et constance, les vicissitudes du financement des MMG, le nécessaire investissement et charisme à déployer pour « tenir » une équipe de médecins que ce soit pour la régulation ou l'effection.

De même il existe une césure parfois marquée entre les médecins des zones urbaines pour la plupart dégagés des contraintes par la présence de SOS médecins ou de structures d'urgences parfois nombreuses, et les médecins des territoires ruraux, qui, malgré leur faible nombre, « tiennent » la PDS et qui sont aussi souvent engagés par ailleurs dans les dispositifs locaux de secours. Pour autant ce sont en proportion ces médecins qui acceptent aussi de participer le plus comme médecin régulateur, malgré les distances parfois importantes à parcourir pour se rendre au centre de régulation.

Le lien entre la contrainte et la démographie médicale actuelle, et surtout à venir, est patent. A cet effet l'exemple de la Nièvre est parlant : « Un canton ne dispose pas de médecin, 2 cantons ont chacun 2 médecins, 4 cantons disposent de 3 médecins. Dans 11 secteurs/21 la moyenne d'âge des médecins généralistes est supérieure à 50 ans, dans 8 secteurs/21 supérieure à 55 ans, et dans 1 secteur supérieure à 60 ans. »
On peut citer également la Saône et Loire où 63 % des médecins généralistes ont plus de 50 ans, le Vaucluse où la moyenne d'âge des MG est de 54 ans. En Ariège, en 2006, 43 % des MG libéraux avaient entre 55 et 59 ans, et dans ce département, le CDOM souligne que la majorité des nouveaux inscrits en 2005 sont des médecins hospitaliers. Dans l'Orne, la moitié des généralistes libéraux actuels (densité 82 contre 115/100.000 h France) auront pris leur retraite en 2016.

Le conseil national de l'ordre des médecins indique d'ailleurs *« La participation des médecins à la permanence des soins renvoie à des réalités humaines et professionnelles très différentes compte tenu de la démographie médicale. Ainsi, dans les grands centres urbains, la permanence des soins est assez généralement assurée par un très faible nombre de praticiens regroupés en associations spécialisées de type SOS Médecins. »*

Ainsi s'explique le certain « ras le bol » de ces médecins ruraux, accentué récemment par les incompréhensions quant au non-paiement des astreintes du samedi après midi. Le dispositif tient donc sur ce volontariat, et si des réquisitions peuvent être envisagées, elles ne peuvent être que ponctuelles et en aucun cas de façon réaliste elles ne peuvent constituer un mode opératoire constant.

Des organisations spécifiques départementales de volontaires pour la réalisation des actes médico administratifs méritent d'être signalées comme dans les Côtes d'Armor.

3) le positionnement hétérogène des conseils départementaux de l'ordre des médecins

Le dispositif de la PDS confie au conseil de l'ordre départemental le soin de vérifier l'éligibilité des médecins inscrits sur le tableau transmis par chaque secteur et de tenter de le compléter en cas d'insuffisance de volontaires. Il est prévu qu'en l'absence de tableau complet à l'issu des consultations effectuées par le CDOM, le préfet procède aux réquisitions nécessaires. Cette réquisition fait néanmoins exagérément partie du dispositif et tend anormalement à la fiabiliser, et devrait être évitée dans le cadre de l'éthique professionnelle.
Force est de constater que l'investissement des CDOM est très variable et que parfois il est laissé aux préfets le soin de réquisitionner dans le contexte décrit plus haut. Une DDASS signale dans une note *« Au registre des difficultés, je dois également vous signaler l'implication relative du conseil de l'ordre des médecins dans l'organisation de la PDS, qui conduit mes services à devoir effectuer eux-mêmes les démarches tendant à compléter les tableaux de garde »* Ce comportement de faire porter in fine sur les préfets les carences constatées dans les tableaux, est résumé par la phrase suivante issue du rapport 2007 sur l'état de la PDS publié par le conseil national de l'ordre des médecins : *« Là où les carences du tableau sont les plus criantes en raison de l'absence de volontariat généralisée, les préfets n'ont pas ou peu réquisitionné et ont laissé en l'état des secteurs ou des tableaux incomplets »*

Le CNOM signale des effets cependant inconstants de son implication : *« organiser des conciliations…. les résultats sont probants lorsque les difficultés sont isolées, beaucoup moins lorsque le non-volontariat a fait tâche d 'huile et laisse des secteurs ou des pans de secteurs entiers dépourvus de médecins. Même dans ce cas, les efforts de persuasion de certains conseils départementaux ont pu aboutir »*

En effet certains CDOM, avec mérite et volontarisme, s'impliquent afin d'améliorer au mieux les situations : on peut citer notamment l'Ille et Vilaine, la Charente Maritime, les Deux-Sèvres, le Val de Marne, le Val d'Oise, le Maine et Loire, le Haut-Rhin …

Le préfet du département des Pyrénées Orientales souligne dans une note (avril 2007) : *« dans ce département, le conseil de l'ordre prend ses responsabilités et assume largement l'organisation de la permanence ».*

Il est ainsi constaté sur le terrain le décalage entre les discours des représentants de la profession, la position du CDOM et le caractère individualiste des médecins. Le commentaire de la mission IGAS/IGA semble ainsi pertinent : *«D'une manière générale, la profession ne se reconnaît plus de porte-parole unique ce qui fragilise la position d'arbitre et l'autorité morale des CDOM »*

IV. La PDS se révèle peu fiable, fragile et coûteuse

1) Un désengagement progressif témoin de la fragilité à court terme et de l'absence de pérennité du dispositif actuel

Une régulation médicale, socle du dispositif, instable et menacée

La quasi-totalité des départements dispose d'une « régulation » dite libérale spécifique, en lien avec le centre 15.Leur amplitude de fonctionnement est variable selon le nombre de régulateurs volontaires. La régulation déportée au domicile du médecin généraliste est parfois utilisée comme en Mayenne ou dans le Bas-Rhin.
Il peut être observé des regroupements régionaux au centre 15 (Franche Comté : ACORELI) ou autonome (Midi-Pyrénées : ARMEL).

Néanmoins si dans certains départements comme par exemple en Charente Maritime ou dans les Yvelines la régulation semble solidement installée, on observe une tendance générale sur le pays à la baisse du nombre de volontaires et des risques permanents de suppression même de cette régulation. Or non seulement la prestation est nécessaire avec des conseils téléphoniques adaptés, mais aussi car l'activité est partout en hausse. Cette désaffection progressive, outre le contexte de volontariat, semble liée à la difficulté même et à la tension liée à l'action de régulation, souvent réalisée après une journée de travail ordinaire, ainsi qu'au risque médico-légal permanent. On peut citer les exemples du Maine et Loire, de la Sarthe, du Nord …

La disparition ou seulement la diminution des plages horaires effectuées par les médecins libéraux volontaires pèsent sur la régulation effectuée par les médecins hospitaliers. En effet la demande et les appels ne diminuent pas au contraire, et le risque de désaffection peut contaminer les médecins hospitaliers las de répondre à une majorité d'appels ne relevant pas de leur spécialité de médecin urgentiste. Déjà certains SAMU signalent des départs dans leurs équipes (Nord, Essonne ...).

En Mayenne, département dans lequel la PDS fonctionne pourtant plutôt bien, il est fait état de la diminution inquiétante de -36% du nombre de régulateurs libéraux formés au premier semestre 2007 et de difficultés quant à l'attribution des gardes à forte activité c'est à dire WE et jours fériés. (données ADOPS 53).

En Ile de France aussi le volontariat s'essouffle, comme cela a été signalé dans un département comme l'Essonne pourtant bien organisé. (Colloque URML juin 2007).

La situation de la régulation du Maine et Loire est à cet égard caractéristique. Le PV du sous comité médical du CODAMUPS du 24 mai 2007 indique en effet :

« Depuis plusieurs mois on note une diminution des effectifs des médecins régulateurs (libéraux).Ils étaient 57 en 2005,48 en 2006 et 46 actuellement. Les responsables de l'ADAMU ont exposé les chiffres suivants qui ne font que confirmer la fragilité du dispositif actuel :

sur 6 mois chaque régulateur devrait accomplir 9,5 gardes, or :

- 30 régulateurs font moins de 9 gardes, dont un, une seule garde
- 13 régulateurs font de 10 à 20 gardes
- 3 régulateurs font plus de 20 gardes

par ailleurs 3 régulateurs ne font aucun week-end, 16 régulateurs n'assurent jamais le créneau horaire du dimanche après-midi »

L'affaiblissement de la régulation médicale, patent dans certains départements et latent dans d'autres, doit inciter à l'action, et notamment une communication sur le bon usage du 15 une fois le dispositif fiable et stable.

Une PDS reposant sur les structures hospitalières en seconde partie de nuit

Devant le faible nombre d'actes réalisés et le constat souvent fait de l'absence d'effecteurs après minuit, obligeant parfois à des réquisitions permanentes, la tendance est nette et croissante de voir confier la réalisation de la PDS après minuit aux structures d'urgence hospitalières. C'est soit inscrit explicitement dans le cahier des charges soit implicitement sur le terrain (Loire, Rhône, Oise, Somme, Aisne, Ardennes, Haute Savoie, Côtes d'Armor, Ain, Vienne, Deux-Sèvres, Landes, Calvados, Nièvre, Yonne, Manche). En effet la réponse reste souvent aléatoire même lorsque la PDS est théorique en seconde partie de nuit (Finistère, Pyrénées Atlantiques, etc…) ce qui induit des difficultés pour les régulateurs.
En Gironde, 34 secteurs sur 38 hors Bordeaux, (soit 450 000 habitants !), font reposer la PDS de seconde partie de nuit sur les centres hospitaliers.
Le CNOM souligne d'ailleurs cette nette tendance dans son dernier bilan de la PDS.
Néanmoins dans quelques départements, certains médecins veulent garder la PDS malgré le très faible nombre d'appels régulés (Côtes d'Or, Moselle…).Dans de rares départements entiers (ex : Essonne) SOS Médecins assure la PDS toute la nuit.

Trop souvent il est affirmé que l'absence d'actes réalisés ne justifie pas le maintien d'un accès aux visites et qu'il faut simplement organiser des transports par ambulance vers les structures d'urgence pour les quelques cas recensés. Le fait qu il n y ait pas d'activité recueillie par les caisses d'assurance maladie ne signifie cependant nullement qu'il n'y a pas de besoins pour la population… ! Au contraire ceux-ci existent et les données de l'ORUMIP, par exemple, montrent bien l'accentuation des venues dans les structures d'urgence la nuit entre 0h et 8h. Dans les maisons de retraite ou EHPAD, pour des patients âgés à domicile, dans d'autres cas spécifiques, pour des actes administratifs l'accès à un médecin est indispensable. A défaut il n'est pas rare que soient signalés des déplacements de SMUR (Bayonne par exemple) dans ce cadre. Enfin une question d'équité se pose, car il s'avère ainsi qu'il y a une France disposant de SOS Médecins et une autre n'en disposant pas, à l'heure où il n'est que de favoriser les dispositifs de maintien à domicile.

Une PDS effectuée de plus en plus sous forme de maisons médicales de garde en première partie de nuit
La réalisation de la permanence des soins s'effectue de plus en plus dans le cadre de MMG, qui se développent et constituent « une solution d'avenir » (rapport Grall 2006)
Néanmoins des désengagements s'amorcent dans de nombreux: départements, par exemple dans les secteurs de Montbard (Côtes d'Or), Saint-Lô voire Coutances (Manche), Saint Malo (Ille et Vilaine), dans le Nord, les Bouches du Rhône … Dans l'Oise, il est signalé l'absence de PDS en semaine. « A peine la moitié des secteurs sont couverts par la présence d'un médecin en soirée de 20h à 24h » Note de la DDASS de l'Oise juillet 2007

Il faut signaler le rôle éminemment important des associations dont la plus importante est « SOS Médecins », qui permettent en zone urbaine, le maintien de visites à domicile.

Des horaires variables de PDS

En PACA, Rhône Alpes par exemple, le FAQSV rémunérait les périodes entre 18h et 20h. En Haute Savoie, la PDS ambulatoire se termine à 22h et dans le Calvados à 23h. En Oise les horaires des médecins au sein des mêmes secteurs ne sont pas toujours identiques. En Charente Maritime, cinq protocoles différents horaires selon la typologie de secteurs, pour deux secteurs un créneau horaire de 21h à 23h en semaine.

2) L'absence de fiabilité de la PDS accentue le recours aux structures hospitalières

Une appréciation variable de la notion de « bon fonctionnement » de la PDS ……

Les institutions ont chacune une appréciation différente du critère permettant d'évaluer la qualité de la PDS.
Pour nombre de DDASS, une PDS fonctionne bien si les tableaux d'astreinte sont remplis et s'il n y a pas de réquisition. On notera d'ailleurs la propension à l'optimisme de certaines réponses épistolaires de DDASS aux enquêtes menées par le ministère…
Pour l'assurance maladie, la diminution du nombre de secteurs de permanence et le nombre d'actes réalisés seraient les témoins du bon fonctionnement du dispositif.
Pour le conseil national de l'ordre des médecins, le taux global de participation (basé sur l'inscription sur les listes d'astreinte) est l'élément majeur d'appréciation.

Ces divers éléments ont deux dénominateurs communs : l'absence de pertinence sur la réalisation effective de la PDS, aboutissant à minimiser la réalité, et l'absence de prise en compte de la situation réellement vécue au quotidien par la population.

…en décalage avec l'absence de fiabilité réelle de la PDS sur le terrain ……….

Quelques notes caractéristiques traduisent cette absence de fiabilité :

- *« La PDS fonctionne de façon relativement satisfaisante en temps normal dans le département. Les difficultés résident essentiellement dans le centre du département (dans le secteur de Saint-Lô et certains soirs dans le secteur voisin de Coutances), où aucune PDS n'est assurée après 20h. Dans le reste du département, la PDS s'arrête à 24h, le relais étant pris par les urgences hospitalières, sauf sur la communauté urbaine de Cherbourg, où SOS intervient 24h/24. La PDS n'est plus effectuée non plus les soirées de week-ends sur les secteurs desservis par une MMG. De plus, certains médecins ne travaillent pas le samedi matin, mettant leur répondeur bien avant 20h en semaine, ainsi que parfois à l'heure du déjeuner (dans ce cas, ils disent de faire le 15, qui n'a alors pas vraiment de solution à offrir aux patients en cas d'urgence non vitale) »* Note DDASS de la Manche juin 2007

- *« Secteur de Genlis : signalement régulier par le centre 15 d'un médecin ne répondant pas aux appels »* Note DDASS de Côte d'Or avril 2007

- *« Dans le Finistère seuls 40% des médecins, hors les agglomérations de Brest et Quimper, sont volontaires pour assurer des gardes toutes les nuits. Sur les secteurs sans volontaires, nombre variable d'un jour à l'autre puisque au sein d'un même secteur des médecins sont volontaires et d'autres pas, il n y a pas de réquisitions »* Note de la DDASS du Finistère décembre 2006

- *« … l'URCAM indemnise en seconde partie de nuit 15 médecins d'astreinte maximum. L'évaluation de cette organisation en mars 2007 a montré, que selon le SAMU 37,après minuit, il devient extrêmement difficile de trouver un médecin d 'astreinte joignable »* note de la DDASS Indre et Loire juin 2007

- *« La plupart des secteurs du val d'Oise sont couverts par des médecins de SOS. Bien que les tableaux de garde complets soient transmis au Conseil de l'Ordre, il n'est pas certain que le principe énoncé dans le cahier des charges (1 médecin par secteur) soit effectivement respecté pour toutes les tranches horaires. Ainsi en 2006, le SAMU Centre 15 a, à plusieurs reprises, rapporté l'absence d'effecteur de SOS médecins alors qu'aucun médecin de SOS n'avait été sollicité par le SAMU précédemment »* Note de la DDASS du Val d'Oise juillet 2007

- *« Il en ressort que dans le Pas de Calais, il n'existe pas de problème l'été, y compris sur les sites touristiques dont ceux du littoral. Aucune information à propos de difficultés l'été pendant ou hors des horaires de la permanence des soins n'est remontée au conseil de l'ordre des médecins ni à la DDASS.Toutefois, monsieur le médecin chef du SAMU d'Arras a souhaité que le Sous-Comité Médical prenne acte du fait que de plus en plus d'appels téléphoniques émanant de particuliers à destination de généralistes ne répondant pas à la demande, aboutissent chaque jour au standard du centre 15, au détriment des urgences vraies. D'où une déviance du système car la régulation est encombrée par des problèmes ne relevant pas des urgences »* Note DDASS du pas de Calais juin 2007

- *«Sur le même secteur, il peut y avoir des médecins qui ont des horaires de fonctionnement différents….ce qui rend le dispositif illisible »* Note de la DDASS de l'Oise juillet 2007

- *« Le dispositif de la permanence des soins en deuxième partie de nuit fonctionne actuellement sur les 8 secteurs du Grand Lyon pris en charge par SOS médecins et 4 secteurs du nord du département, ce qui représente 80 % de la population. pour les 20 % restant, nous avons peu de lisibilité »* Note DDASS du Rhône juin 2007

- *«en présence d'un tableau incomplet, nous n'avons pas eu à procéder à la réquisition pour remédier à ces carences. C'est en effet le centre 15 qui détermine et envoie le moyen le plus adapté à la pathologie »* Note de la DDASS des Alpes Maritimes

- Même type de commentaire de la part d'un médecin inspecteur DDASS d'Aquitaine qui remontait le fait que la PDS se passait *« très bien ».* A la question de savoir si les médecins d'astreinte étaient toujours joignables *: « non, bien sûr, mais le SAMU Centre 15 fait face donc pas de soucis».*

Les difficultés d'accès à un médecin dans les structures pour personnes âgées sont soulignées constamment. Le SAMU de Lille a observé une constante augmentation des appels provenant des établissements pour personnes âgées, à toutes heures, y compris dans la journée. Ainsi il est noté une augmentation de + 14,34 % entre 2004 et 2003, de + 26,98 % entre 2005 et 2004 et + 8,6 % entre 2006 et 2005. En 2006, l'augmentation a été supérieure à + 50 % pour ce qui concerne la période diurne.

L'aléa de l'effectivité de la PDS est aussi noté en Ain, Puy de Dôme, Hérault, Sarthe, Isère, Nord, Bouches du Rhône. En Seine et Marne, sur 11 secteurs, 6 seulement sont couverts constamment, dans une dizaine de secteurs des Yvelines le SAMU centre 15 pallie les défections inopinées.

Le relevé effectué par un SAMU dans l'Ouest illustre l'aléa de l'effection :

30/03/07 : le Dr X., de garde sur le secteur 05.1, refuse de se déplacer pour une HDT.
30/03/07 : le médecin de garde du secteur 14.2 est injoignable.
21/04/07 : le Dr X., de garde au CAPS du secteur 508, prend sa garde à son cabinet médical sans prévenir : les patients sont orientés au mauvais endroit.
02/05/07 : le Dr X. garde (son remplaçant) n'a pas été fait car signalé trop tardivement.
28/05/07 : lundi de Pentecôte. Le CAPS du secteur 511 n'est pas ouvert ... alors que ce jour est considéré comme férié par 3/4 des MG qui ont fermé leur cabinet médical.
28/05/07 : Caps du secteur 555 fermé.
28/05/07 : Caps du secteur 506 : numéro de téléphone du CAPS est renvoyé sur un GSM qui est sur messagerie.
12/06/07 : à 22h, les téléphones des médecins de garde des secteurs de trois secteurs sont sur messagerie.
12/06/07 : le Dr X., médecin du secteur 5.09, renvoie sur le 15 le samedi matin à 9h30

De fait dans beaucoup de cas, il en résulte donc une PDS effective aléatoire, car le tableau d'astreinte théorique n'est pas fiable(les zones « grises » du rapport IGAS/IGA). Cet aléa crée le doute à la régulation et in fine dans la population, induisant une orientation ou un recours spontané vers les structures d'urgences.

Par ailleurs la fiabilité d'accès à la régulation est inconstante par encombrement du 15 et pas seulement aux heures de PDS, également la journée entière, et ceci peut avoir de graves conséquences en cas d'appel pour urgences réelles. Ces difficultés entraînent également des dysfonctionnements quant à la possibilité des interconnexions notamment avec les SDIS, ce qui est fréquemment relevé. Enfin le non-accès téléphonique peut aboutir au recours spontané aux structures d'urgence.
Par exemple le SAMU Centre 15 de Nantes (colloque éthique et accès aux soins 13 janvier 2007) note des taux d'abandon très élevés (une moyenne de 5%) faute de décroché suffisamment rapide.
Par ailleurs les SAMU centre 15 sont sollicités de façon croissante, notamment dans le cadre de la préparation des crises sanitaires, mais aussi pour des motifs moins graves.
Une anecdote révélatrice de la demande exercée sur le centre 15, peut être relevée dans les Côtes d'Armor où le SAMU interpelle l'ordre départemental des pharmaciens en raison des appels très importants ayant pour unique motif de connaître la pharmacie de garde…. Des situations moins connues mais tout aussi importantes sont également signalées, notamment par les laboratoires de biologie, surtout le samedi, pour la transmission de certains résultats nécessitant un avis médical (exemple suivi des traitements anticoagulants).Les particuliers ou les institutions (EHPAD, maisons de retraite…), n'ont parfois d'autre choix que de contacter le Centre 15, lui-même en difficulté ne disposant pas du dossier des patients pour une réponse adaptée.

…qui se traduit par une accentuation objective du recours aux structures hospitalières.

Les structures d'urgence ont connu des augmentations importantes depuis de nombreuses années ainsi la cour des comptes note une progression des passages de + 5,8 % de 1996 à 1999, + 4,6 % de 1999 à 2002, + 2,8 % en 2003, un tassement en 2004 avec une augmentation de 0,4 %. Dès 2005, on observe une remontée de l'ordre de + 3,5 % (rapport évaluation du plan urgences).

Si les chiffres nationaux sur 2006 ne sont encore disponibles, par contre l'observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP) montre que dans cette région en 2006 il existe une « explosion » du nombre de passages avec une progression de + 6,7 %.

Il est ainsi noté une augmentation très nette de la fréquentation les dimanches (+ 13 %) et en seconde partie de la nuit (0h-8h) : « ceci est à rapprocher des modifications importantes de l'organisation de la permanence des soins qui ne semble pas jouer un de ses rôles souvent avancé par les autorités sanitaires : réduire la fréquentation des services d'urgences ».

D'ailleurs l'ORUMIP souligne que « les urgences les moins graves sont plus fréquentes le dimanche et le samedi et en juillet-aout » avec à cette période estivale une proportion grandissante de touristes qui consultent directement aux urgences pour des pathologies souvent traumatiques et moins graves que les "Midi-Pyrénéens".

La régulation subit également une progression des appels et des affaires traitées, ce qui est logique dès lors que l'ensemble du dispositif depuis 2004 voire 2002 repose sur le centre 15 +10 à 12% en 2005. En 2006 l'augmentation des affaires traitées par les Centres 15 se poursuit selon les données de l'activité de quelques SAMU-Centres 15 : + 7 à 9 % pour l'AP/HP ; + 7 % dans le Gard ; + 4 % en Charente-Maritime ; + 10 % dans l'Ain ; + 4.5 % en Deux-Sèvres ; + 10 % pour l'Yonne, + 5 % en Loire Atlantique…

Enfin le nombre de sorties SMUR augmente également de + 4 % en 2005 pour un total de sorties de 670.000 dont 520.000 sorties primaires en 2005.

En outre il faut signaler entre 2003 et 2007 une augmentation de 25 % de l'activité de secours à personne assurée par les SDIS.

Une analyse comparative du coût des « urgences » en Rhône-Alpes réalisé par la DDASS de l'Isère en lien avec la MRS (rapport pour le CODAMUPS juillet 2006), suggère que le faible taux de passages aux urgences par habitant (- 21 % par rapport à la région) observé en Isère puisse être en lien avec un taux de visites à domicile réalisées en PDS nettement plus élevé (+ 20 à 25 % /moyenne régionale).

3) Une PDS de plus en plus coûteuse

Les dépenses remboursées de PDS en 2006 (source DSS)

année		**2004**	**2005**	**2006**
Forfaits	Astreintes A	51 653 524	38 127 461	4 262 441
	Astreintes N	---------------------	27 495 920	125 359 712
	Régulation	---------------------	1 724 217	18 492 098
	Sous total	51 653 724	67 437 598	148 114 251
Activité	Cs ancien	71 382 605	73 998 642	57 530 171
	nouveau	---------------------	7 622 418	28 268 662
	Visites ancien	140 101 123	115 132 610	55 626 010
	nouveau	---------------------	14 157 299	69 422 584
	Sous total	211 483 729	210 910 969	210 427 847
	TOTAL	**263 137 453**	**278 258 567**	**358 961 678**

Les dépenses de PDS financées au titre des réseaux (DDR)

année	2002	2003	2004	2005	2006
montant	686 133	1 595 208	2 118 251	3 146 018	**3 587 849**

Les dépenses de PDS financées au titre du FAQSV 2006 :

année 2006	régulation	MMG	autres divers	Total
montant	5 185 064	4 224 488	1 307 937	**10 717 489**

Il convient de signaler la baisse des dépenses liées aux MMG entre 2005 (9 287 279 €) et 2006, alors que dans le même temps ces structures se sont largement répandues. Ceci tient aux orientations annuelles du FAQSV

Ainsi le coût total des dépenses de l'assurance maladie pour l'activité médicale de PDS est de l'ordre de **370 Millions €.** Ce chiffrage ,établi sur la base des données 2006 n'intègre pas l'éventuelle application des dispositions prévues dans le décret du 22 décembre 2006. L'impact financier de cette mesure devra être intégré lors du dimensionnement définitif des dépenses de l'actuelle PDS

Il faut bien entendu ajouter à ce chiffre

- Les dépenses induites par les transports (astreintes et déplacements). Par exemple en 2005 dans l'Yonne le coût de la garde ambulancière est de l'ordre de 1 270 000 €.

- Les dépenses hospitalières effectuées pour la rémunération des praticiens libéraux à la régulation sous statut public notamment en journée (avenant n°4 impossible) : exemple des SAMU du Val de Marne, de l'Essonne ou des Yvelines.

- Les dépenses indirectes de carence payées aux SDIS par les centres hospitaliers en l'absence de possibilité de transport ambulancier, qui sont de l'ordre de 25 M€ en 2007,en lien avec plus de 80 000 interventions.

- Mais aussi faut-il tenir compte, même si la quantification n'est pas aisée, de la pression induite sur le secteur hospitalier dans les services d'urgences par les difficultés de la PDS, même si l'activité correspondante génère des recettes.

Cette augmentation continue des coûts se retrouve nettement au niveau régional et on peut prendre exemple de la région Rhône-Alpes

	2004	**2005**	**Sept05-Aout06**
astreintes	5 306 150	9 852 100	13 666 300
actes	10 559 603	11 358 068	14 312 666
régulation	----------------------------	1 288 560	1 490 773
MMG	----------------------------	904 531	823 426
total	**15 865 753**	**23 401 259**	**30 293 065**

Source : URCAM

UN NECESSAIRE CHANGEMENT DE PARADIGME
PRECONISATIONS POUR UN DISPOSITIF D'AIDE MEDICALE PERMANENTE A LA POPULATION FIABLE, PERENNE ET LISIBLE

PRECONISATIONS POUR UNE REPONSE EFFICENTE ET ADAPTEE A LA DEMANDE NON-PROGRAMMEE DE SOINS OU D'AVIS MEDICAL

Le rapport IGAS-IGA publié en mars 2006 (rapport IGAS n° 2006 029/IGA n° 06-007-02) soulignait qu'à partir des constats opérés « la question peut se poser d'avoir à choisir entre la consolidation du dispositif actuel et un changement d'orientation stratégique assez radical ». Force est de constater que malgré les adaptations législatives et réglementaires aboutissant d'une part à la reconnaissance de la permanence des soins comme une mission de service public et l'extension de cette mission aux médecins non conventionnés (article L6314-1 du CSP) et d'autre part à l'extension de la permanence des soins au samedi après midi (décret du 22 décembre 2006), les constats initiaux de la mission IGAS-IGA sont à l'identique un an plus tard alors que les dépenses ne cessent d'augmenter et que les menaces sur la pérennité du dispositif sont réelles ; et ceci est à brève échéance, en raison des changements de comportement du corps médical, de la répartition des médecins sur le territoire plus que de la démographie médicale actuelle, ce qui n'empêche que les perspectives quantitatives à moyen terme soient inquiétantes.

Le dispositif actuel de PDS semble « à bout de souffle » et les seuls aménagements envisageables apparaissent peu nombreux et ne garantissent pas pour autant fiabilité et pérennité. Une adaptation conventionnelle au sujet des astreîntes pour les samedis après midi est sûrement incontournable, des dispositions en ce sens contribuant néanmoins à augmenter le coût de la PDS. Seule la souplesse donnée aux régions dans le cadre du FICQS peut ponctuellement régler quelques situations

De ce fait dans un contexte d'évolution annoncée de la « gouvernance » du système de santé avec la création des agences régionales de santé (ARS), il existe une réelle opportunité de remettre à plat la situation et de changer de stratégie. Les préconisations qui suivent vont résolument dans ce sens.

L'objectif de ces recommandations est unique : établir un dispositif pérenne, efficient, fiable et lisible permettant de répondre de façon adaptée à la demande non programmée de soins ou d'avis médical de la population sur l'ensemble du territoire. Le constat effectué en effet exige un changement de paradigme, car il ne semble plus l'heure d'entamer un « replâtrage » du système actuel mais au contraire il paraît nécessaire d'envisager une approche nouvelle, cohérente et structurelle.

Cinq principes doivent soutenir les mesures nécessaires et indispensables permettant d'atteindre cet objectif :

1. **Remettre le patient au premier plan de même que la notion de service à la population** : ainsi il convient de mettre en place les conditions d'une réponse pertinente à une demande d'avis et/ou d'intervention d'ordre sanitaire et/ou médical, dont l'usager ne peut notamment percevoir forcément a priori ni l'urgence ni la gravité, ni même la pertinence. Cette approche n'est pas synonyme d'encouragement du consumérisme mais au contraire seul un dispositif stable, fiable, bien organisé et pérenne peut permettre une information et une éducation du public aboutissant à une bonne et efficiente utilisation du système de soins.

2. **Bâtir un dispositif économe en temps médical** compte tenu des difficultés de la démographie médicale actuelle et surtout des perspectives inquiétantes a fortiori dans les régions déjà déficitaires, des changements de comportement et de sociologie du corps médical. Ceci impose de réunir tous les intervenants au sein du dispositif, d'éviter cloisonnements et redondances et d'envisager des organisations mutualisées, des redéfinitions et des délégations de certaines missions. Néanmoins si le temps médical disponible doit être mobilisé avec parcimonie, il restera toujours la nécessité pour la population d'avoir accès en permanence à un médecin.

3. **Tenir compte des spécificités territoriales** en laissant l'initiative aux acteurs de « terrain ». L'hétérogénéité démographique, géographique et culturelle des diverses régions ou départements impose d'inévitables adaptations dans un cadre et des principes nationaux intangibles.

4. **Considérer constamment l'efficience et ajuster au mieux le coût pour la collectivité** en évitant notamment cloisonnements et redondances à la fois des intervenants et des financements.

5. **Préparer l'avenir** compte tenu des évolutions sociétales de la population et du corps médical mais aussi des évolutions technologiques que ce soit en matière de télécommunications ou de transports.

Pour aboutir, les mesures proposées sur la base de ces principes sont déclinées en sept axes principaux qui ont pour dénominateur commun une **exigence de cohérence** :

1. ***Redéfinir les missions et clarifier la sémantique***

2. ***Mettre en place un dispositif institutionnel et un financement cohérent***

3. ***Décliner une organisation homogène, lisible et décloisonnée, assurant la synergie de tous les acteurs***

4. ***Favoriser le volontariat et la pérennité du dispositif***

5. ***Adapter les formations***

6. ***Informer et responsabiliser la population***

7. ***Evaluer l'efficacité du dispositif***

Une période transitoire indispensable : Les préconisations formulées induiraient des dispositions législatives et réglementaires importantes qui justifieront un étalement dans le temps. Ainsi parallèlement à la construction du dispositif de l'AMPP, un aménagement du dispositif actuel pourrait être rapidement réalisé et pourrait relever de quelques directions :

- Clarifier dans le cadre conventionnel les dispositions issues du décret du 22 décembre 2006
- Développer les organisations sous forme de maisons médicales de garde en mettant en œuvre de façon optimale les dispositions de la circulaire sur les MMG
- Donner de la souplesse en permettant des adaptations territoriales au moyen du FIQCS
- Renforcer et initier les mesures proposées vis à vis de la régulation médicale
- Envisager les préconisations quant à l'adaptation des formations

1. Redéfinir les missions et clarifier la sémantique

La sémantique quant à la permanence des soins et sa définition ont déjà soulevé des observations lors des récents rapports publiés.
En 2006, la cour des comptes soulignait que la terminologie de « permanence des soins » était ambiguë car « elle confond le principe, assurer une permanence des soins, ce qui signifie une disponibilité 24h/24…., et les modalités d'organisation d'une partie seulement des acteurs, en l'occurrence les médecins de ville. »
Par ailleurs pour la mission IGAS/IGA « la définition de la permanence des soins repose sur deux éléments : d'une part elle se rapporte à des actes qui relèvent de la médecine de ville, d'autre part, elle intervient en dehors des heures ouvrées (soient de 20h à 8h et les dimanches et jours fériés…) ». On rajoutera l'extension aux samedis après-midi à partir de 12h, depuis décembre 2006.

Ces deux conditions ne sont plus exclusives. En réalité la seconde partie de la nuit voire souvent plus est confiée formellement ou de facto aux centres hospitaliers. De même la régulation pour certaines périodes voire dans certains départements est assurée uniquement par des médecins urgentistes hospitaliers. Par ailleurs le « bornage » horaire caractérisant la PDS est une notion théorique car dans de nombreuses régions la fermeture des cabinets est effective fonctionnellement dès 18h et que d'autre part l'activité hospitalière des services d'urgence et des centres 15 sont croissantes tout le nycthémère.

Ceci amène à proposer un dispositif en phase avec la réalité et les réels besoins de la population, en considérant une définition plus globale.

<u>1) Apporter une réponse cohérente et univoque à la demande de la population</u>

Il faut remettre le patient au centre du dispositif. Pour la population il s'agit simplement d'obtenir une réponse à sa demande d'aide devant une situation qui l'interroge ou l'inquiète. Ce besoin ne peut être nié dans son existence, sans préjuger du caractère justifié de l'appel et de la nature de la réponse apportée. Ainsi les différences entre permanence de soins (PDS) et aide médicale urgente (AMU) n'ont de réalité que par les cloisonnements de financement, d'effecteur ou de structure que cela implique. Ainsi il conviendrait pour le système de santé de mettre en œuvre un dispositif permettant de répondre de façon adaptée à une demande inopinée ou non programmée d'avis, d'aide ou d'intervention médicaux, de la part de la population.
Cette vision simple et réaliste supprime la dichotomie entre PDS et AMU, qui se révèle de fait très théorique car les services d'urgences voire les SMUR ne se limitent pas à la prise en charge des patients nécessitant une aide médicale urgente et de même la classification entre acte de PDS et AMU n'est possible qu'après avoir pris en charge le patient…..

Ainsi la mission de service public correspondante pourrait-elle être authentifiée sous le terme générique d'**<u>Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP)</u>** : notion de recours et de réponse d'ordre médical en permanence et adaptée selon la demande selon cinq modalités :

- Un conseil téléphonique
- Une orientation vers une consultation de médecine générale
- Un envoi de médecin vers le lieu de la demande
- Un envoi d'équipe SMUR
- Une orientation vers un service d'urgence, par le moyen de transport adapté

Cette sémantique englobe et se substitue aux acronymes PDS et AMU et rend homogène le cadre de la demande unique et précise qui, aux yeux de la population, est de prime abord d'essence médicale, bien qu'après régulation, la réponse puisse ne pas être stricto sensu médicalisée. Ainsi dans un cadre plus large un autre terme pourrait également être utilisé: l'Aide Sanitaire Permanente à la Population ASPP.

2) Passer de « l'étiquette à la fonction »

Les termes et définitions actuellement utilisés engendrent de fait des cloisonnements dans les financements et isolent artificiellement des structures pour une même fonction. Ainsi par exemple il est distingué régulation libérale et une régulation hospitalière, il convient plus exactement de différencier médecin régulateur spécialiste de médecine générale et médecin régulateur spécialiste de l'urgence.
En effet un appel unique et indifférencié a priori induit une réponse qui représente une seule et même fonction : celle-ci est adaptée et graduée selon l'analyse du motif. Celui-ci sera traité par un médecin régulateur spécialiste de médecine générale ou de médecine d'urgence.
De même selon l'origine du financement il est fait état de la notion de PARM libéral ou de PARM hospitalier (PARM : permanencier d'appel et de régulation médicale) alors qu'ils effectuent la même fonction.

3) Globaliser l'intervention et la réponse médicale sous la même fonction et le même besoin

Il est distingué actuellement ce qui relève des soins et de sa permanence de ce qui relève d'interventions administratives (certificats de décès) ou judiciaires (garde à vue, etc.…). Pour autant ces deux modes requièrent toutes les deux l'intervention d'un médecin, même s'il est fait la distinction sémantique entre ce qui est un acte médical ou non…. néanmoins le besoin de la population, de ses élus ou d'autres autorités est le même.
Cette césure sémantique trouve sa consécration dans le code de santé publique (CSP) et bien entendu les actes ne relevant pas du soin, tel que défini dans le CSP, n'entraînent pas de rémunération de l'assurance maladie.
De l'autre côté les interventions dites de « médecine légale » ou « médico-administrative » doivent être payées par le ministère de la justice voire dans de rares cas par le ministère de l'intérieur.

Il convient donc de regrouper les deux modes en une seule fonction d'intervention médicale non programmée. Les remboursements de la part des autres ministères se feront a posteriori au niveau national ou régional.

4) Du CODAMUPS au CODAMPP

Dans cet esprit il faudrait modifier, tout en maintenant la fonction et en enrichissant peut être la composition, l'appellation actuelle du Comité départemental d'aide médical urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS) en Comité Départemental d'Aide Médicale Permanente à la Population (CODAMPP).

2. Mettre en place un dispositif institutionnel et un financement cohérents

1) Sur le pilotage du dispositif de l'aide médicale permanente

- **Un pilotage régional unique et clair à moyen terme de l'AMPP : l'agence régionale de santé (ARS)**
  Un pilotage unique de l'organisation(arrêtée dans le SROS) et des financements par le directeur de l'ARS semble d'évidence le plus cohérent.

- **Au plan départemental,** le CODAMPP, qui pourrait être présidé par le préfet, formule un avis et des propositions d'adaptation départementale des dispositions prévues dans le cadre du SROS.

- **Le pouvoir de réquisition**
  SI l'objectif est le regroupement de l'essentiel des compétences sous une seule autorité, le directeur de l'agence régionale de santé, il se pose néanmoins la question du pouvoir de réquisition notamment qui est actuellement du ressort du préfet de département.
  La solution qui consisterait à confier le pouvoir de réquisition au directeur de l'ARS aurait comme mérite la cohérence in fine, mais soulève des inconvénients (comme la permanence opérationnelle) mais aussi la gestion des conséquences quant à l'ordre public dépassant le strict cadre de l'AMPP ; elle nuit par ailleurs à une autre cohérence, qui est celle de l'exercice général du pouvoir de police, par le préfet. Il paraît ainsi peut être plus réaliste qu'il en reste ainsi.

2) Sur le financement

Si le financement trouve son aboutissement in fine dans le cadre des ARS, dont le périmètre n'est pas encore défini, il paraît néanmoins urgent de faire évoluer les modalités actuelles. Ces évolutions de l'AMPP pourraient être une première étape vers les ARS.

Ainsi il apparaît nécessaire de sortir le financement actuel de la PDS du dispositif conventionnel. En effet dans le cadre de la mission de service public, le paiement à l'acte sur un principe conventionnel devrait être revu au profit de paiement forfaitaire selon la mission effectuée (ceci s'entend sans paiement à l'acte en sus).

Il conviendrait donc de « sanctuariser » une enveloppe de l'ordre de 400 millions d'euros (coût 2006 des rémunérations de la PDS hors transports dont actes, forfaits, régulation, FAQSV, DNDR) Ultérieurement les autres versements effectués dans le cadre (secteurs ambulanciers, pharmacie…) pourraient être rajoutés.

Cette enveloppe serait répartie entre les régions selon le niveau de population et définitivement arrêtée, n'étant plus soumise ultérieurement qu'aux variations au sein de l'ONDAM.

Ces évolutions financières pourraient être échéancées à partir de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 selon deux modalités:

Une première solution, incomplète, pourrait être d'isoler une partie de cette enveloppe comprenant dans un premier temps la totalité des versements effectués au titre des astreintes. Cette enveloppe est intégrée au FIQCS, et répartie entre les régions puis par la MRS en lien avec les CODAMUPS, selon essentiellement le niveau de population mais aussi des critères d'accessibilité à déterminer (géographie, densité des services d'urgences…). Cependant une telle solution maintient la césure entre ambulatoire et hospitalier et entre libéral et hospitalier. Pour résumer, l'ensemble des fonds liés à la PDS hormis les rémunérations des médecins, que ce soit les actes réalisés ou la rémunération des régulateurs, et hormis les transports, pourrait être délégués via le FIQCS.

Une seconde solution, porteuse d'avenir et par ailleurs plus cohérente et pragmatique, comme cela a été suggéré dans le rapport IGAS/IGA, serait, en attendant les ARS, de confier transitoirement l'organisation aux MRS avec un financement globalisé (rémunérations forfaitaires, MMG….) qui pourrait techniquement transiter par une enveloppe hospitalière ou alors, plus simplement, de distinguer une enveloppe spécifique AMPP dans l'ONDAM confiée aux ARH. Des aménagements réglementaires voire législatifs seront nécessaires au moins pour substituer au paiement à l'acte une rémunération forfaitaire des intervenants, et établir le niveau de celle-ci.
Il peut même être ajouté à cette enveloppe, le financement globalisé des transports sanitaires, dont l'organisation souffre également de la multiplicité d'intervenants dans le cadre du pilotage.

3) *Décliner une organisation homogène, lisible et décloisonnée, assurant la synergie de tous les acteurs*

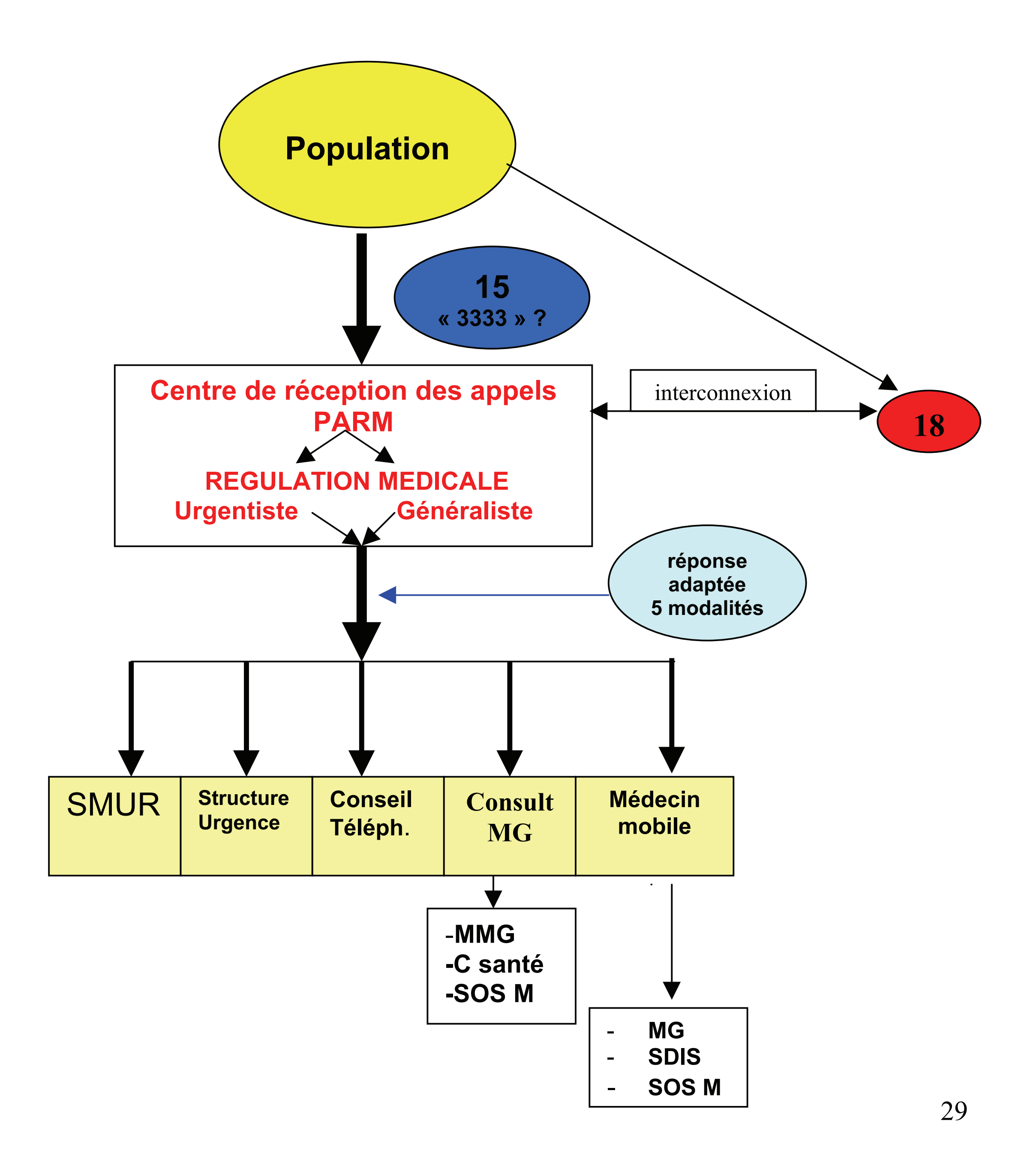
a) L'organisation de l'aide médicale permanente à la population (AMPP)

L'AMPP est organisée à partir d'un centre de réception des appels départemental au SAMU Centre 15.

Cinq modalités de réponse peuvent être apportées à un appel :

1. Le conseil téléphonique par la régulation médicale
2. Une orientation vers une consultation de médecine générale dans un point fixe type MMG.Ceci peut nécessiter un moyen de transport particulier.
3. Le déplacement d'un médecin effecteur mobile
4. Le déclenchement du SMUR
5. Une orientation vers un service d'urgences par le moyen de transport adapté

Les SDIS, sollicités soit directement par la population (18) soit par la régulation médicale, participent au dispositif.



b) Un volet SROS : aide médicale permanente à la population (AMPP)

L'organisation proposée se matérialiserait dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Ce schéma fixerait à la fois la répartition spatiale des organisations et les modalités temporelles de fonctionnement.

- ***<u>Une répartition spatiale des cinq modalités</u> :***

1. Les centres de réception des appels au sein des SAMU centres 15
2. Les structures autorisées à l'activité d'urgence
3. Les services mobiles d'urgences et de réanimation SMUR

Les trois modalités ci-dessus sont déjà déclinées dans les SROS actuels au titre de l'aide médicale urgente, par contre les deux suivantes se substituent à l'organisation de la PDS actuelle :

4. Des points fixes de consultation de médecine générale ou maisons médicales de garde
5. Des secteurs d'intervention pour des effecteurs médicaux mobiles

<u>Cette organisation fait disparaître la notion de sectorisation actuelle</u> en découplant clairement la notion de point fixe et la notion d'intervention mobile sur des secteurs élargis qui pourraient être calqués sur les actuels territoires secteurs ambulanciers ou d'intervention SMUR.

- **<u>Une organisation temporelle des activités avec le souci d'une utilisation parcimonieuse du temps médical</u>**

Une définition pragmatique de la période d'accès au dispositif devra être établie. En effet, si le plus simple dans un premier temps, est de considérer les heures de fermeture des cabinets libéraux, qui peuvent d'ailleurs varier selon les habitudes et les régions, il pourrait être ultérieurement utile d'étudier les conditions d'accès au dispositif sur tout le nycthémère, y compris aux heures d'ouverture des cabinets médicaux, et aussi pendant les périodes de vacances.
En effet l'accès au médecin traitant en journée est parfois difficile et il n est pas rare que les patients soient orientés vers les services d'urgences par le secrétariat même des médecins .Aussi dans le territoire de Belfort, une effection généraliste déclenchée par le Centre 15 a t elle été mise en place. Ailleurs les associations type SOS Médecins sont pour leur part de plus en plus sollicités en journée.

Une organisation concertée des fermetures des cabinets durant les périodes de vacances devrait être organisée sous l'égide du conseil de l'ordre.

Ce schéma abolit pour cette mission la séparation entre la ville et l'hôpital. En effet le système actuel ne fait pas apparaître de lien entre l'offre hospitalière au niveau des services d'urgences et l'organisation de la PDS libérale.
Ainsi faudra-t-il par exemple déterminer les tranches horaires de nécessité de présence d'une consultation généraliste fixe dès lors qu'en semaine le service d'urgence peut accueillir les quelques patients de la période. Dans ce cas un point fixe uniquement ouvert en we suffirait. Ailleurs le maintien d'une consultation de médecine générale sur toutes les périodes s'avérerait utile par exemple dans le cas de services d'urgence constamment engorgés ou dans des zones éloignées.

Pour la régulation en fonction des situations et de la population desservie, les périodes et les besoins nécessaires entre les deux catégories de médecins régulateurs (généralistes et urgentistes) devront être établies et des mutualisations de type régional ou bi-départemental pourront être réalisées selon les périodes nocturnes ou de l'année seront étudiées. Par ailleurs les besoins devront prendre en compte l'ensemble du nycthémère et non seulement les « anciennes « périodes de PDS.

c) Un centre de réception des appels unique basé au SAMU-Centre 15

Un numéro d'appel est à disposition de la population : le 15. Il peut être concevable d'associer selon les modalités ou « appétences » locales un numéro à 10 chiffres voire un numéro simplifié le 3333 permettant une « pré sélection » des appels relevant d'un médecin spécialiste généraliste et ceux relevant d'un médecin spécialiste de l'urgence. Mais quelle que soit la formule choisie ces numéros ont en commun d'arriver au même centre de réception des appels sur le même socle de permanenciers situé au SAMU Centre 15. Le centre de réception des appels doit être dimensionné comme une véritable plate-forme téléphonique.

L'accès à l'aide médicale permanente repose sur une régulation téléphonique préalable. Ceci implique que la réponse à l'appel téléphonique soit performante tant au niveau du matériel de télécommunication et du système informatique que de la qualité et la quantité de ses personnels. Ceci induit la nécessaire poursuite des efforts déjà entrepris et bien entendu l'arrêt des financements segmentés, ce qui sera de fait dans le cadre de l'évolution proposée du financement.

La réunion au sein d'une même entité des régulations 15 et du CODIS 18 pourrait être secondairement étendue pour peu que les résultats de la mission en cours sur l'évaluation des plates-formes 15 -18 existantes soient concluants. En tout état de cause cependant il apparaît indispensable que ces plates-formes soient à proximité des services d'urgence au sein de l'emprise hospitalière pour des raisons d'organisation médicale mutualisée entre SAMU-SMUR et services des urgences.

Par ailleurs une disposition réglementaire devrait être étudiée visant à permettre qu'un SAMU puisse ne pas avoir un centre de réception des appels exclusivement départemental et que la régulation au centre 15 puisse être réalisée au niveau régional en totalité ou dans certaines périodes du nycthémère ou de l'année.

d) Des points fixes de consultation de médecine générale

L'accès à une consultation de médecine générale sera organisé sur des points fixes, de type maison médicale de garde MMG. Ceux-ci seront situés préférentiellement au sein ou à proximité des services d'urgences. Il sera mis fin à la confusion entre MMG et consultations de médecine générale « hospitalière » qui peuvent exister dans d'assez rares services d'urgences comme l'a montré en 2007 le rapport d'évaluation du plan urgences. Les centres de santé lorsqu'ils existent peuvent également participer au dispositif.

Deux facteurs influeront sur une localisation autre que dans un service d'urgence : le niveau de population à desservir, ainsi dans les grandes agglomérations des MMG isolées pourront contribuer à un maillage efficace et lisible pour la population, et les distances à parcourir, ainsi dans les zones rurales pourront être établis des points fixes dans les locaux de maisons de retraite, des locaux municipaux, préférentiellement dans des hôpitaux locaux.

A cet effet, il faudra mettre en cohérence la continuité des soins dans ces hôpitaux locaux avec un financement forfaitaire à partir de minuit (décret à venir) et la rémunération forfaitaire d'AMPP réalisée dans les locaux de 20h à 0h par exemple.

Si la régulation préalable doit être encouragée et mise en avant comme modalité d'accès, il n en reste pas moins que l'accès aux services d'urgence n'est actuellement pas régulée et ceci constitue une brèche dans le dispositif général. Il a été montré que dès lors que les patients avaient émis la volonté de consulter, de toute façon ils s'adresseraient in fine aux services d'urgence, s'ils ne trouvaient pas de réponse autre sur leur parcours. Ceci contribue à l'engorgement de ces services et le pragmatisme et le réalisme veulent que l'accès direct aux points fixes de médecine générale puisse être possible.

e) Des effecteurs mobiles de médecine générale sur des secteurs élargis

Il peut être fait le constat actuel que les citoyens urbains disposent souvent de la possibilité de visites à domicile par SOS Médecins alors que une autre partie du pays notamment les zones rurales n'en disposent pas. Ainsi dans le second cas des transports sont mobilisés pour amener les patients vers les hôpitaux. Pourtant un certain nombre de visites se révèlent indispensables même si elles sont peu nombreuses : personnes âgées seules à domicile ou en institutions, famille isolée, … mais aussi la réalisation de certificats de décès.

Des secteurs d'intervention seront donc définis pour la réalisation après régulation exclusive des visites indispensables et des actes nécessitant un médecin (garde à vue, hospitalisation en psychiatrie, certificats de décès, …). Ces secteurs par cohérence seront définis sur la base de la sectorisation actuelle SMUR ou ambulancière ou une sectorisation sur la base de l'analyse partagée départementale des risques. Selon les départements et certaines zones il sera utile de déterminer les modalités d'accompagnement des médecins dans un souci de sécurité.

Dans le souci de favoriser les mutualisations et d'éviter la multiplicité d'acteurs pour la même mission, seront inclus bien entendu les associations professionnelles type SOS médecin, mais aussi notamment dans les zones rurales, les moyens des SDIS. De même les centres hospitaliers disposant d'un SMUR peuvent proposer la réalisation de cette fonction. Enfin rien ne s'oppose que selon la configuration des différents départements que les SAMU et/ou les SDIS puissent se proposer au niveau départemental d'effectuer cette mission. Dans tous les cas il s'agira d'affecter une dotation annuelle sur la base d'un cahier des charges qui correspondra à la totalité annuelle des forfaits d'effection mobile du ou des secteurs, voire de la totalité du département, concernés.

La réalisation possible de visites indispensables est également cohérente avec la volonté de maintenir les patients à domicile, notamment les personnes âgées, le plus longtemps possible. Par ailleurs une réflexion doit être menée dans les EHPAD et maisons de retraite pour que la continuité des soins y soit assurée par les médecins intervenants sous l'égide du médecin coordinateur, avec a minima la tenue d'un dossier patient accessible pour les intervenants hors périodes de présence du personnel soignant et d'encadrement. Ces points pourraient être mis en exergue dans les critères d'accréditation.

Enfin il convient de veiller à ce que les dossiers de dispositif de soins impliquant un maintien à domicile, fassent apparaître le suivi et la continuité des soins, par exemple les réseaux de soins palliatifs ou l'hospitalisation à domicile (HAD). L'évaluation de ces structures doit faire apparaître ce critère.

A signaler, alors que certains tenants du « zéro visite », mettent en avant l'exemple des USA où la visite à domicile, qui avait disparu depuis plusieurs décennies revient d'actualité. Une expérience est menée par une entreprise privée, Care Level Management, en lien avec Medicare, dans 5 états. Les premiers résultats montrent que cette approche permettrait de réduire de 60 % en moyenne le recours à l'hospitalisation et d'épargner 30 % des dépenses de soins.

f) Mettre en symétrie l'organisation des transports sanitaires, l'accès à la garde pharmaceutique

- Une organisation rationnelle des transports sanitaires va de pair avec l'organisation de l'AMPP.Il conviendra de renforcer la portée opérationnelle des conventions tripartites. Ce qui implique une répartition claire des missions de chaque intervenant dans le cadre d'un cahier des charges territorial. Il pourrait être envisagé une enveloppe forfaitaire dédiée aux transports déclenchés par la plate forme de régulation dans le cadre de l'AMP et répartie a posteriori selon la répartition des interventions réalisées par les divers acteurs du transport.

- Faire coïncider la garde pharmaceutique de ville avec les points fixes de médecine générale si ceux ci ne sont pas situés à proximité immédiate d'un service d'urgences. Une autre solution serait dans ces cas de permettre l'activité de pro pharmacie pour une pharmacopée simple et définie par avance.

g) Développer l'utilisation des techniques nouvelles et adapter la réglementation

Ces mesures sont de nature à fluidifier le dispositif et à en améliorer l'accès tout en optimisant le temps médical :

- Organiser et encadrer la prescription téléphonique par les médecins régulateurs

- Développer la télé expertise qui peut dans certaines zones isolées et difficiles d'accès éviter de longs transports et rassurer la population (îles, montagnes…)

- Permettre l'utilisation d'hélicoptères pouvant voler « tous temps » et la nuit. Une fois de plus une mutualisation des moyens est à privilégier selon les situations locales entre, SAMU, sécurité civile, voire autres intervenants.

4) Favoriser le volontariat et la pérennité du dispositif

Le réalisme impose de considérer le principe du volontariat avec pragmatisme. Un retour, comme le suggèrent certains, vers l'obligation de participation telle qu'elle existait à l'article 77 du code de déontologie, aurait des effets pervers. En effet dans les zones déficitaires, pour lesquelles des incitations financières ont été développées, on voit, néanmoins, une situation déjà fragile qui ne ferait que s'aggraver si l'installation dans ces zones était subordonnée de plus à la réalisation obligatoire de la « garde ».

L'idéal serait de pouvoir mettre sur pied une professionnalisation de cette mission sur l'ensemble du territoire. Cependant, il semble hasardeux de bâtir un fonctionnement pérenne sur une telle hypothèse car les problèmes démographiques et les changements de comportement (qui touchent aussi les associations de type « SOS médecins » n'incitent pas à un tel développement et d'autre part l'exercice de la médecine reste un tout.

Confier le fonctionnement au seul secteur hospitalier pourrait être tentant, mais en l'absence de toute demande de participation à l'AMPP au secteur libéral, on peut s'interroger sur les conséquences sur l'attractivité du secteur public pour les jeunes praticiens.

Aussi convient-il de pouvoir mettre en place le dispositif de façon fiable, pérenne et donc lisible, sur la base d'une implication responsable de toute la profession dans une mission de service public d'une telle nature. Le respect des principes énoncés en introduction doit permettre une utilisation rationnelle et décloisonnée des divers intervenants, ce qui rendra de facto la charge la plus faible possible notamment pour les médecins généralistes installés.

1. Etablir un véritable contrat de volontariat

Il faut favoriser le volontariat des professionnels à la participation à la mission de service public par des avantages liés à un contrat intéressant et valorisant. Ce contrat comprend des éléments généraux, des avantages financiers et statutaires, des engagements et des pénalités éventuelles.

Des éléments généraux :

- Un contrat conclu dans l'esprit des CPOM avec l'ARH et/ou la MRS en attendant les ARS. Ce contrat impliquera aussi le conseil régional de l'ordre des médecins.
- Pour une durée de 3 à 5 ans avec des avenants possibles

Des rémunérations attractives :

- Une rémunération forfaitaire horaire avec comme base la rémunération actuelle de la régulation (équivalent de 3C/h soit 66 euros). Il pourrait être envisagé que la rémunération à la régulation et des médecins exerçant dans les points fixes soit majorée pour obtenir une correspondance avec les rémunérations des praticiens publics. La rémunération des effecteurs mobiles pourrait être identique s'ils sont basés dans des centres hospitaliers sinon un forfait moindre pourrait être appliqué dès lors qu'ils sont à leur domicile avec une pondération selon les déplacements effectués et la distance de ceux-ci.

- Il pourrait être étudié la défiscalisation des rémunérations perçues dans le cadre de la participation à la mission de service public qu'est l'AMPP dès lors qu'il s'agit de prestations effectuées en sus d'un exercice à plein temps libéral voire hospitalier. Ceci suppose que par symétrie les plages de travail additionnel effectuées dans ce cadre d'AMPP par les médecins urgentistes soient également exonérées.

Des avantages statutaires et divers

- Un statut dans l'esprit de médecin correspondant du SAMU semble idéal, celui-ci pourrait être éventuellement aménagé en distinguant bien les objectifs de médecine générale dans le cas de l'AMPP et celui de médecin correspondant du SAMU formé spécifiquement à l'urgence dans les zones éloignées en attente du SMUR.
- Des avantages de points de FMC voire de validation de FMC dans ce cadre (formations à l'urgence…)
- Ce temps de travail additionnel réalisé dans ce cadre de participation à l'AMPP pourrait valoir une bonification de points de retraite au prorata temporis.
- L'accès futur à d'éventuelles évolutions conventionnelles pourraient être liées à la réalisation de périodes de contrat de volontariat.

Des engagements contractuels

- Une participation à la carte selon une des trois modalités : régulation, point fixe, effection mobile pour une quotité de temps minimale définie en plages horaires (4h ?)
- Une accentuation de la participation pour fiabiliser le dispositif pour répondre à des besoins non satisfaits jusqu'à hauteur d'une participation maximale calquée sur les obligations maximales affectées aux médecins hospitaliers.
- La réalisation de périodes sur l'ensemble du département pour l'ensemble des modalités afin d'éviter que ce ne soient les plus âgés les moins nombreux qui doivent augmenter toujours leur participation.

Des pénalités contractuelles

Des sanctions financières statutaires voire ordinales devront être prévues dans les contrats permettant de garantir l'effectivité de ceux-ci.

Ce contrat de volontariat peut être une façon de « professionnaliser » pour une part l'AMPP en permettant à des médecins pour une période transitoire et adaptée à leur souhait de mode de vie, un exercice souple de leur métier, en attendant par exemple de se fixer définitivement.

2. Décloisonner en permettant l'utilisation de l'ensemble des compétences et des intervenants potentiels dans un souci de complémentarité et non de concurrence

Ouvrir le dispositif à tous les médecins

Il faut permettre à tous les médecins disposant de la qualification ou jugés compétents de pouvoir souscrire un contrat : exemple médecins hospitaliers non urgentistes qui souhaiteraient faire de la régulation, ou de médecins salariés non hospitaliers. Les médecins remplaçants sont bien entendu éligibles à la souscription un tel contrat.

Contractualiser avec les services départementaux d'incendie et de secours SDIS et leur déléguer la mission dans certains cas

Dans les zones rurales notamment, le dispositif des sapeurs pompiers permet un maillage efficace du territoire. Ainsi pour la réalisation de l'effection mobile dans le cadre des visites indispensables et des interventions dites « médico administratives » certains secteurs pourraient être desservis par les médecins du service de santé et de secours médical du SDIS (3SM).
La totalité de la rémunération de la fonction serait à l'identique de celle qui serait versée pour un médecin de ville, mais ceci pourrait être globalisé sur l'année et affecté éventuellement directement au SDIS selon un cahier des charges spécifique.

Contractualiser avec les associations de type SOS médecins

Les associations dont la plus importante est « SOS Médecins » sont des partenaires majeurs et incontournables de l'accès aux soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. De ce fait alors que ces associations assurent notamment l'essentiel de la PDS dans les zones urbaines il pourrait être fait un contrat de convention de service public sur des zones définies, selon un cahier des charges spécifique.

Ce contrat donnerait pour une période donnée (5 ans par exemple) une exclusivité de réalisation de l'effection mobile et de points fixes de consultation de médecine générale, selon un cahier des charges socle et des adaptations supplémentaires selon les situations locales. Selon les cas et les effectifs disponibles, cette convention de service public pourrait traiter de l'activité de régulation en lien avec le centre 15 selon des plages horaires, des périodes données ou tout simplement les modalités de l'interconnexion.

Il pourrait être distingué la mission de service public (avec la rémunération forfaitaire commune) et l'activité propre de SOS médecins de consultations et de visites qui ne sont pas régulées par le 15 et qui dès lors seraient remboursées par l'assurance maladie selon le droit commun.

Point fixe de consultations de médecine générale et services d'urgence

Les modalités de financement à l'activité des services d'urgences sont parfois bloquantes quant à l'organisation de la filière de prise de charge des patients entre le service d'urgences et les actuelles maisons médicales de garde situées à l'intérieur ou en contiguïté.
Le paiement au forfait des médecins participant à l 'AMPP est facteur facilitant vis-à-vis de l'orientation des patients et peut-être dès lors faudrait-il revoir la nécessité de valoriser les actes de traitement des urgences (ATU) et accentuer le financement selon les forfaits (FAU) des structures d'urgences. Ainsi il serait possible d'enregistrer tous les patients par la structure d'urgences et les orienter par la suite. Un tel dispositif permettrait de clarifier la situation actuelle et de favoriser la bonne orientation des patients en déchargeant les structures d'urgence.

3. Fiabiliser le dispositif

Dès lors où l'aide médicale permanente à la population est une mission de service public, il ne peut y avoir de faille dans la réalisation effective de celle ci. Les contrats de volontariat doivent permettre de remplir l'ensemble des tâches et le temps médical nécessaire qui en découle, sur la base de l'organisation spatiale et temporelle adaptée au plan départemental et inscrite dans le SROS. Il convient ainsi que la profession médicale s'empare de cette notion de volontariat dans les modalités sans remettre en cause l'obligation générale de principe.

Néanmoins s'il n y a pas d'adéquation entre le temps médical nécessaire et le temps médical proposé par le volontariat, il conviendra de procéder à des réquisitions. Celles ci devront porter sur les médecins spécialistes de médecine générale non volontaires, installés ou non mais inscrits à l'ordre départemental et pas seulement sur les médecins des zones en difficulté, souvent rurales. Une définition claire des motifs et des modalités de réquisition dans ce cadre devra être regardée afin de limiter les recours contentieux devant les tribunaux.

A côté du volontariat, pourraient être évoquées deux pistes substitutives pour garantir à la population la fiabilité du système :

- Inscrire pour les jeunes spécialistes de médecine générale (une réflexion identique serait menée vis à vis de la participation des autres spécialistes de ville à la permanence hospitalière) une obligation de participation à l'AMPP durant un laps de temps déterminé après l'obtention de la qualification ?

- Etablir dans ce cadre, la participation à l'AMPP sur tout le territoire départemental pour tous les médecins généralistes du département donné. Ainsi ceci reporterait la charge pas seulement pour les médecins les plus âgés, les moins nombreux, en région rurale, mais obligerait tous les médecins, y compris ceux des zones urbaines, à assurer l'ensemble du dispositif départemental.

5) Adapter les formations

Plusieurs éléments du dispositif justifient qu'une prospective soit lancée et mise en application.

Une nécessaire adaptation de la formation et de la reconnaissance statutaire des PARM :

Dès lors que le dispositif repose sur le centre de réception téléphonique et la régulation préalable, il convient de renforcer le premier rideau, c'est-à-dire les permanenciers d'accueil et de régulation médicale (PARM).
Il conviendra de déterminer le nombre de PARM nécessaires à une réponse rapide et adaptée mais surtout il convient d'organiser une formation et une reconnaissance statutaire à des personnels dont la mission ne sera pas seulement l'accueil et le transfert d'appels téléphoniques. Ainsi la para-médicalisation devrait être envisagée par le recrutement de personnels para-médical (infirmières…) et par l'instauration d'une filière de formation adaptée, que ce soit la formation initiale ou dans le cadre de la formation continue

La formation médicale initiale doit être adaptée à la réalité de la pratique et doit préparer l'avenir :

- Favoriser la réalisation de permanences par des étudiants hospitaliers aux côtés des médecins effecteurs y compris des associations type SOS.Une expérimentation en ce sens est actuellement en cours à la faculté de médecine d'Angers qui mérite d'être suivie avec intérêt et soutenue.

- Introduire dans le cursus à la fois une formation et des stages de régulation et des permanences au centre 15. Cette formation initiale dès le DCEM 2, durant toutes les années d'étude, induira l'implication ultérieure des jeunes médecins dans l'AMPP.

- Insister sur la formation gériatrique tout au long du cursus.

Il appartient très clairement aux doyens et aux responsables des études de médecine d'inscrire ces éléments dans les maquettes de formation.

Mettre en place une réflexion sur la « judiciarisation » de l'exercice

La cohérence et la structuration du dispositif passent par une régulation téléphonique qui en devient le pivot essentiel et incontournable. Des professionnels formés et qualifiés doivent être à la fois suffisamment nombreux et sereins pour maintenir l'efficacité de leur action.
Tout acte peut faire l'objet d'un recours possible de la part de tout justiciable, néanmoins il serait souhaitable à la lumière des mises en cause régulières et semble t il croissantes des actes de régulation qu'une réflexion soit initiée avec la chancellerie afin de sensibiliser à la difficulté de cette activité. Des procédures et des concertations pourraient être initiées en commun afin d'éviter des dérives qui seraient de nature d'une part à embouteiller l'appareil judiciaire, à insécuriser les professionnels pour des affaires qui pour la plupart ne le justifient pas.
D'ailleurs en lien avec les associations d'usagers et les élus une commission de conciliation de l'AMPP pourrait être créée au niveau d'un sous comité du CODAMUPS qui serait devenu le CODAMPP.

6) Informer et responsabiliser la population

Une information précise lisible car fiable et pérenne devra être délivrée :

La communication est indispensable pour à la fois rassurer la population mais aussi induire un bon usage du dispositif. Seul un système lisible peut permettre une communication adaptée.
Ainsi il pourrait être envisagé une communication cadre au niveau national sur le bon usage du 15 avec des déclinaisons régionales selon les adaptations réalisées.

Une responsabilisation des usagers

La bonne utilisation du système d'accès aux soins non programmés est essentielle. Ceci suppose en corollaire des plates formes téléphoniques de régulation efficaces et efficientes. De fait il conviendrait d'étudier, dès lors qu'une communication claire, adaptée et homogène aura pu être mise sur pied et diffusée, des modalités dissuasives vis à vis d' abus éventuels.

La réflexion pourrait porter en particulier sur le recours indu aux services d'urgences, en dehors de toute régulation, quelle qu'elle soit.

L'organisation telle que définie ne doit pas apparaître comme synonyme de gratuité et donc susceptible d'encourager le consumérisme mais dans ce cadre, un dispositif de recueil et de facturation du tiers payant devra être développé. Ceci concernerait tous les modes et qualité des intervenants amenés à participer à l'effection dans le cadre de l'AMPP.

Il est de ce fait indispensable que les usagers soient associés à la conception et aux modalités de diffusion de l'information, et puissent participer à l'évaluation du dispositif au sein des CODAMPP par exemple.

Un plan de communication

Dès le dispositif installé, une action de communication à destinée du grand public mais aussi des professionnels de santé devra être menée et comprendra un socle national et des adaptations régionales ou départementales :

- ❑ Un socle national déclinera le bon usage de la plate forme téléphonique, et du dispositif d'accès régulé au dispositif complet
- ❑ Des adaptations régionales ou départementales : sur les numéros utilisés : le 15 mais aussi quand cela existe localement un numéro à 10 chiffres ou 3333, le numéro des associations type SOS Médecins ; la structure du dispositif : points fixes ; structures d'urgence,

Cette communication est fondamentale et devra être basée sur les supports nationaux : spots TV, journaux nationaux, affichage public….et ceci sur une période suffisamment longue avec des réactivations périodiques

7) Instaurer une démarche qualité pour tous les acteurs

- Inscrire l'AMPP et tous les intervenants y concourant dans les réseaux des urgences tels que prévus par le décret de mai 2006 avec tenue et analyse systématique des fiches de dysfonctionnement et inscription dans le répertoire opérationnel des urgences. Des adaptations réglementaires aux décrets de mai 2006 peuvent préciser ces points.

- Développer en lien avec les professionnels, la Haute Autorité de Santé et d'éventuelles autres structures adaptées, des indicateurs de suivi et d'analyse du fonctionnement des plates-formes téléphoniques dont la qualité de fonctionnement est essentielle.

- Une évaluation périodique du dispositif au sein du CODAMPP permettra d'adapter en permanence les besoins et de revoir l'organisation en fonction. Cette évaluation fera apparaître des éléments simples et par exemple :

  - L'activité de régulation : une analyse des flux pourra permettre d'envisager des délestages régionaux selon les périodes pour toute la régulation ou bien de façon partielle pour la régulation de médecine générale (par le 15 et lorsque cela existe par des numéros à dix chiffres ou 3333)
  - L'analyse des déplacements des effecteurs mobiles pouvant amener à revoir les secteurs d'intervention, à identifier des dysfonctionnements dans l'organisation de la continuité des soins en institutions, dans le fonctionnement de réseaux..
  - Les évolutions de l'activité des structures d'urgence
  - Les transports sanitaires

Le traitement doit s'inscrire dans le cadre des réseaux des urgences (que l'on pourrait modifier et élargir sous le terme de réseau de l'AMPP) avec une utilisation adaptée du principe de la fiche de dysfonctionnement.

ANNEXES

Annexe 1 : La lettre de mission
Annexe 2 : Les sigles utilisés
Annexe 3 : Documents
Annexe 4 : Presse : articles divers

ANNEXE 1 la lettre de mission

ANNEXE 2 liste des sigles utilisés

ANNEXE 2 liste des sigles utilisés

ADOPS	Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins
AMPP	Aide médicale permanente à la population
AMU	Aide Médicale Urgente
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARMEL	Association de Régulation Médicale Libérale
ARS	Agence Régionale de Santé
ATU	Acte Traitement aux Urgences
CAPS	Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CODAMUPS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR	Dotation Régionale Des Réseaux
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées dépendantes
FAU	Forfait d'Accueil des Urgences
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FMC	Formation Médicale Continue
MMG	Maison Médicale de Garde
MRS	Mission Régionale de Santé
PARM	Permanencier d'Accueil et de Régulation Médicale
PDS	Permanence Des Soins
SAMI	Service d'Aide Médicale Initiale
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

ANNEXE 3 Documents

- **Extrait bulletin conseil départemental ordre des médecins Maine et Loire novembre 2006**
- **Données démographie médicale Ariège**
- **Tableaux d'astreinte Oise et Yonne**

ANNEXE 4 Presse : articles divers

- **Presse nationale**
- **Presse régionale**